

Kommunikation med vårdtagare med minnessjukdom
– upplevelser hos vårdpersonal på serviceboenden

Linnéa Lindholm, 37094

Pro gradu-avhandling i logopedi

Handledare: Pirkko Rautakoski

Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi

Åbo Akademi

2020

ÅBO AKADEMI –

FAKULTETEN FÖR HUMANIORA, PSYKOLOGI OCH TEOLOGI

Sammanfattning av avhandling pro gradu

Ämne: Logopedi	
Författare: Linnéa Lindholm	
Arbetets titel: Kommunikation med vårdtagare med minnessjukdom – upplevelser hos vårdpersonal på serviceboenden	
Handledare: Pirkko Rautakoski	
<p>Sammanfattning: Personer med minnessjukdomar är en växande grupp i samhället som är i behov av olika typer av vård- och stödinsatser. Eftersom kommunikationsförmågan ofta påverkas i ett tidigt skede av sjukdomsförloppet hos personer med minnessjukdomar, är de tilltagande kommunikationssvårigheterna en utmaning både för personen själv och närstående i omgivningen. Av alla de individer som behöver heldygnsomsorg utgör personer med minnessjukdom en betydande andel, och det är därför viktigt att personalen får den utbildning som behövs för att möta vårdtagare med minnessjukdomar i vården. Personalens förmåga att bemöta och kommunicera med personer med minnessjukdomar är central i upprätthållandet av vårdtagarens sociala utbyte och trygghet av god vård. Begränsningar i personer med minnessjukdomars kommunikativa vardag på vårdinrättningar, bland annat till följd av brister i resurser, personalens kommunikativa färdigheter samt utbildningen inför arbetet med personer med minnessjukdomar har uppmärksamats i tidigare utländska studier.</p> <p>Syftet med den här avhandlingen var att kartlägga vårdpersonalens subjektiva upplevelser av kommunikation med vårdtagare med minnessjukdom som bor på serviceboenden. Samplet bestod av 14 personer ur personalen från två olika svenskspråkiga serviceboenden för personer med minnessjukdomar i Finland. Data samlades in genom semi-strukturerade intervjuer och deltagarna fyllde även i ett formulär med frågor om bakgrundsinformation.</p> <p>Enligt resultaten upplever deltagarna att samspelet med vårdtagarna över lag fungerar bra och att tillfällen för social interaktion finns, men att de mest förekommer i samband med situationer som vårdåtgärder, måltider och aktiviteter. Personalen anpassar kommunikationen på olika sätt samt försöker göra samtalen personliga. Faktorer som upplevs kunna påverka stödande och utmanande i kommunikationen framkommer även. De flesta deltagarna uppger att informationen de fått om ämnet i yrkesutbildningen varit knapp och att det skulle vara intressant eller behövligt att lära sig mera om hur de kan stöda kommunikationen i samspelet med vårdtagarna. Talterapeuter kunde behövas i utbildandet av personal som arbetar med personer med minnessjukdomar, för att stärka och utvidga av kunskap om att stöda kommunikationen.</p>	
Nyckelord: kommunikation, minnessjukdom, personal, serviceboende	
Datum: 20.1.2019	Sidoantal: 38 + 4

Innehållsförteckning

1 Inledning.....	1
1.1 Minnessjukdomar och deras inverkan på språk, kommunikation och delaktighet.....	2
1.2 Vårdinsatser för personer med minnessjukdomar och grunden för ett gott bemötande i vården	5
1.3 Delaktighet och stöd för kommunikationen	7
2 Syfte	10
3 Metod	10
3.1 Instrument och datainsamling.....	11
3.2 Deltagare.....	12
3.3 Analysering av data	14
4 Resultat.....	15
4.1 Bakgrundsinformation om kommunikationen.....	16
4.1.1 Personalens olika roller som samtalspartner.....	16
4.1.2 Samtalsämnen	17
4.1.3 Tillfällen för kommunikation.....	18
4.2 Faktorer som kan inverka på kommunikationen	19
4.2.1 Interpersonella relationer	19
4.2.2 Mångsidig information om vårdtagarna.....	20
4.2.3 Resurser.....	21
4.2.4 Varierande förutsättningar för kommunikation hos vårdtagarna.....	24
4.2.5 Följder av kommunikationssvårigheter.....	25
4.2.6 Strategier och anpassningar för kommunikation	27
5 Diskussion	29
5.1 Kommunikationen i vardagen	29
5.2 Kommunikationen påverkas av många komponenter	31
5.3 Begränsningar med undersökningen och förslag på fortsatt forskning	36
5.4 Sammanfattning och slutsatser	38

Referenser

Bilaga A: Intervjufrågor

Bilaga B: Bakgrundsinformationsblankett

1 Inledning

Den ökade livslängden bland befolkningen världen över har lett till att andelen av äldre personer vuxit i rask takt, och som en följd av det här har även behovet av tjänster som erbjuder stöd och vård för den åldrande generationen ökat (WHO, 2017). I WHO:s påbud om vilka insatser som behövs för att trygga befolkningen ett långt liv med bevarad hälsa rekommenderas bedrivande av mera forskning om de vanligaste sjukdomarna hos äldre personer, så som minnessjukdomar. Att stärka och bevara funktionsförmåga samt färdigheter hos äldre betonas också. Vidare nämns bland annat att tillgång till personcentrerad och integrerad vård för äldre personer bör säkerställas, samt att personal inom vårdbranschen ska få adekvat utbildning som förbereder dem inför arbetet (WHO, 2017).

Andelen av den åldrande befolkningen som har någon typ av minnessjukdom ökar i snabb takt och i Finland insjuknar årligen ungefär 14 500 personer i en minnessjukdom (Käypähoito, 2017). I Finland finns det ungefär 193 000 personer som har en minnessjukdom, och av dem uppskattas minst 93 000 ha en minnessjukdom av åtminstone medelsvår grad. Minnessjukdomar är den främsta orsaken till att en person behöver institutionsvård (Juva, Sulkava, Erkinjuntti, Valvanne & Tilvis, 1992). I Finland finns det flera lagar och rekommendationer som berör äldreomsorgen. I lagen om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre, förklaras äldre personers rätt till social- och hälsovårdstjänster (Finlex, 2012). Dessutom garanteras deras tillgång till långvarig vård och omsorg som ger förutsättningarna för ett tryggt, värdigt och betydelsefullt liv. Möjlighet till att upprätthålla ett socialt nätverk och delta i verksamhet som känns meningsfull bör tryggas, som även upprätthåller och främjar hälsa, funktionsförmåga samt välmående (Finlex, 2012). I socialvårdslagen garanteras att serviceboende i en servicebostad ordnas för individer i behov av vård och omsorg, där omfattningen av vården följer klientens behov (Finlex, 2014). Serviceboende med heldygnsomsorg bör ordnas för personer med behov som kräver det (Finlex, 2014).

Under 2000-talet har det totala antalet personer som bor på serviceboenden ämnade för den äldre generationen ökat i Finland. År 2016 var antalet personer som bodde på ett serviceboende med heldygnsomsorg 42 161, och de äldres andel på boendena hade stigit med 6 % i jämförelse med föregående år (THL, 2017). Av kunder som behöver

heldygnsomsorg utgör ca 70 – 80 % personer med minnessjukdom av åtminstone medelsvår grad (Käypähoito, 2016).

Förenta nationernas allmänna förklaring om de mänskliga rättigheterna (FN, 2008) säkerställer alla människors rätt till kommunikation. Enligt människorättsdokumentets artikel 19 har varje person rätt till åsiktsfrihet och yttrandefrihet, som närmare definieras som ”frihet att utan ingripande hysa åsikter samt söka, ta emot och sprida information och idéer med hjälp av alla uttrycksmedel och oberoende av gränser” (FN, 2008, s.7).

Kommunikationens roll i människans liv är mångsidig och uppfyller funktioner som att överföra information, skapa samhörighet och upprätthålla mänskliga relationer. På serviceboenden för äldre är de här funktionerna ofta särskilt betydelsefulla (Lindholm, 2010).

1.1 Minnessjukdomar och deras inverkan på språk, kommunikation och delaktighet

Minnessjukdomar kan förorsakas av många olika sjukdomar. Den vanligaste progredierande minnessjukdomen är Alzheimers sjukdom. Till de övriga vanligaste typerna av progredierande minnessjukdomar räknas vaskulär demens, blandad form av Alzheimers sjukdom och vaskulär demens, Lewykroppsdemens, minnessjukdom vid Parkinsons sjukdom samt minnessjukdom som beror på degeneration i pann- och tinningloberna (Käypähoito, 2017). I diagnosmanualen ”The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, (femte upplagan; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), kategoriseras minnessjukdomar under rubriken ”Kognitiva sjukdomar och lindrig kognitiv funktionsnedsättning”. Enligt diagnoskriterierna uppvisar en person som har en minnessjukdom en betydande försämring av kognitiva funktioner i jämförelse med individens tidigare nivå. Individen uppvisar vidare nedsatt funktion på minst två av följande kognitiva domäner; uppmärksamhet, exekutiva funktioner, social kognition, inläring och minne samt motoriska och perceptuella färdigheter. Därtill är personens förmåga att självständigt klara av att utföra vardagliga aktiviteter påverkad av den kognitiva nedsättningen. Grunden för svårigheterna ska inte gå att förklaras med att individen har någon annan typ av mental störning eller har drabbats av en tillfällig sinnesförvirring.

Den kognitiva nedsättningen hos personer med minnessjukdomar medför ofta att de språkliga och kommunikativa förmågorna påverkas negativt (Tallberg, 2010). Språkliga förändringar är ofta ett av de tidigaste kognitiva symtomen som framkommer, och till dem

hör vanligen svårigheter att både förstå och producera tal. De kognitiva problem som försämrar kommunikationen orsakas bland annat av förändringar i de områden i hjärnan som tar hand om språkprocessering, minnet och orienteringsförmågan (Lindholm, 2010).

För att få tillgång till ord, fonem och grammatik som krävs för att forma ett yttrande behövs tillgång till minnet, där information sparas. Samma information från minnet används även för att kunna förstå det personer i omgivningen säger (Bourgeois & Hickey, 2009). De språkliga svårigheter som uppstår hos personer med minnessjukdomar orsakas bland annat av att det episodiska minnets, arbetsminnets och semantiska minnets funktion är nedsatt. Det här medför försämrade förmåga att skapa, organisera och spara information samt svårigheter med att hitta ord (Pekkala, 2017). Minnessvårigheterna kan ytterligare påverka kommunikation negativt i och med att en person med minnessjukdom lätt glömmer vem hen talar med, vad hen håller på att säga och övrig information som behövs för att förstå samtalets kontext. Det kan ytterligare leda till att personen upprepar samma fråga gång på gång eftersom hen inte har något minne av att redan ha ställt frågan tidigare eller har glömt att hen redan fått svar på sin fråga. (Downs & Collins, 2015). Negativ inverkan på kommunikation kan även förekomma i form av svårigheter med att producera ljud, forma idéer, förstå komplexa instruktioner och yttranden samt initiera samtal. Sämre flyt i talet förekommer också och turtagningen kan fungera sämre (Downs & Collins, 2015).

I och med att minnessjukdomar har en progredierande karaktär förändras också språkliga och kommunikativa symtom i takt med att sjukdomarna framskrider (Tallberg, 2010). Mönstret för hur kommunikationen påverkas under sjukdomarnas olika faser varierar beroende på typ av minnessjukdom. Kommunikationen påverkas negativt i någon utsträckning under sjukdomsförloppet oavsett vilken typ av minnessjukdom en person har, och i slutskedet försvinner kommunikationen så gott som helt (Bourgeois & Hickey, 2009). Behovet och önskan att få delta i social interaktion består ändå mycket länge hos personer med minnessjukdomar, och trots nedsättningarna i funktionsförmågan som sjukdomen medför så finns även somliga bevarade språkliga förmågor kvar (Pekkala, 2017; Ward, Vass, Aggarwal, Garfield & Cybyk, 2008). Hos personer med Alzheimers sjukdom påverkas språket redan i ett tidigt skede av sjukdomen (Lindholm, 2010). Eftersom det är den vanligaste typen av minnessjukdom så finns det mest information och forskning angående vilka förändringar i kommunikationen som sker, och därför beskrivs

förändringarna i språk och kommunikation i samband med Alzheimers sjukdom här nedan närmare.

Alzheimers sjukdom framskrider sakteligen och stegvis, sjukdomsförloppet indelas i den milda, medelsvåra och svåra fasen (Käypähoito, 2010). Hos personer i den milda fasen är talet ännu flytande och endast milda språkliga svårigheter förekommer, så som att yttranden kan vara mindre innehållsrika och svårigheter med att hitta ord kan förekomma (Bayles & Tomoeda, 2014). Svårigheter med språklig bearbetning är ett symptom som personer med Alzheimers sjukdom uppvisar redan i ett tidigt stadie av sjukdomsförloppet. Det här tar sig i uttryck bland annat i form av sämre verbal rörlighet och förmåga att benämna, samt sämre tillgång till semantisk information och förmåga att uppfatta samtalspartnerns budskap under samtal (Taler & Phillips, 2008). I den medelsvåra fasen tilltar de språkliga symptomen, svårigheterna att hitta ord tilltar och ordförrådet och språkförståelsen försämras. I den svåra fasen är de kommunikativa svårigheterna mycket omfattande. Variationen är trots allt stor och bland annat producerar somliga ännu enstaka meningsfulla yttranden, medan andra inte längre talar alls eller endast har några ord i användning (Bayles & Tomoeda, 2014).

Att kommunicera med en person med minnessjukdom kan av personer i deras närhet upplevas som utmanande, på grund av de försämrade verbala och kognitiva färdigheterna (Machiels, Metzelthin, Hamers & Zwakhalen, 2016). Eftersom personer med minnessjukdomar ofta har nedsatt förmåga att uttrycka sig verbalt eller tolka andras kommunikativa avsikt kan det leda till utåtagerande beteende i samband med kommunikativa situationer (Bourgeois & Hickey, 2009). Om en person med minnessjukdom uppvisar oroligt eller aggressivt beteende kan det vara en reaktion på något i omgivningen eller förändringar i måendet, och därmed bottna i ett försök att kommunicera (Killick & Allan, 2001).

Vårdpersonal kan uppleva svårigheter att kommunicera med personer med minnessjukdomar och det kan finnas brister i den kunskap och de kommunikativa färdigheter som de skulle behöva för att kunna underlätta interaktionen (Lanzi, Burshnic & Bourgeois, 2017; Machiels m.fl., 2016; Scerri & Scerri, 2013; Wang, Hsieh & Wang, 2013; Ward m.fl., 2008). I samband med en pilotstudie av Johnstone Young, Manthorp, Howells och Tullos (2011) utfördes intervjuer med personer med minnessjukdomar och deras anhängigvårdare, och där berättade informanterna att det är vanligt att de i

interaktionen med personal som arbetar inom vården upplever att de professionellas kommunikation brister. I en studie av Ward med flera (2008) framkom också att de kommunikativa färdigheter som personal på serviceboenden för personer med minnessjukdomar besitter varierar stort, och att stödet personalen får för att utveckla dessa färdigheter kan saknas, samt att kommunikativa färdigheter inte prioriteras. Det har även framkommit i studier att brist på tid och hög arbetsbelastning kan skapa utmaningar för vårdpersonal när det kommer till att skapa social samvaro med personer med kommunikationssvårigheter (Forsgren, Skott, Hartleius & Saldert, 2016; Ward m.fl., 2008).

1.2 Vårdinsatser för personer med minnessjukdomar och grunden för ett gott bemötande i vården

Till följd av den kognitiva försämringen får en person med minnessjukdom så småningom ökat behov av hjälp. En person med minnessjukdom kan bo hemma så länge tillgång till den hjälp som behövs finns, och det ännu är en trygg boendelösning (Alzheimer Centralförbundet, 2018). I Finland ansvarar kommunerna för att organisera stödboende eller serviceboende för personer som inte längre kan bo hemma, och tjänsterna förverkligas av såväl kommuner, privata företag som organisationer (infoFinland.fi, u.å.).

Minnesförbundet har utvecklat en handbok i samarbete med minnesexperter där grunderna för god vård och omsorg för personer med minnessjukdomar beskrivs, som är i enlighet med riktlinjerna för både nationella minnesprogram, lagstiftningen och rekommendationer för god medicinsk praxis (Alzheimer Centralförbundet, 2018). Professionell utbildning inom social- och hälsovård, samt specialkompetens angående minnessjukdomar och rehabilitering av dem är förutsättningar för utförande av vårdarbete på minnesenheter. Personalens specialkompetens innefattar kunskap om progredierande minnessjukdomar, förekomst av symptom i samband med sjukdomen, samt färdigheter att bemöta och kommunicera med vårdtagare och deras anhöriga (Alzheimer Centralförbundet, 2018). Korrekt personaldimensionering är också en viktig förutsättning för god och kvalitativ vård och det finns bestämmelser angående detta. När det är frågan om heldygnsomsorg på effektiverade serviceboenden och äldreboenden bör personalens omfattning uppnå minst 0,5 vårdanställda per klient (Tehy, u.å.). Heldygnsomsorgen har varit mycket omdiskuterad under det senaste decenniet, och frågor som bland annat lyfts fram är personalens orkande på arbetsplatsen, brister i personaldimensioneringen, uppmärksammandet av vårdtagarna

som individ, samt vårdtagarnas möjligheter att påverka sitt eget liv och vara delaktiga i beslutsfattande (Käypähoito, 2016).

Förekomst av problem med kommunikation i vårdsammanhang kan ha negativa konsekvenser för kvaliteten på vården, eftersom det utan fungerande kommunikation blir svårt att ta reda på vårdtagarens önskemål och behov (Eggenberg, Heimerl & Bennett, 2013). Ward med flera (2008) skriver att för att förverkligande av god vård för personer med minnessjukdomar ska vara möjligt så behöver personal som arbetar med vårdtagarna få tillräckligt med utbildning. Utbildningen bör ge personal verktyg för att kunna erbjuda socialt utbyte, stöda och möjliggöra kommunikation, som i sin tur ger möjlighet att via kommunikationen uppmärksamma vårdtagaren som person. I en artikel av Naughton med flera (2018) poängteras att det inte finns någon gemensam synpunkt internationellt sätt angående hur grunden för utbildning i att kommunicera med personer med minnessjukdomar borde se ut.

Inom vården har begreppet person-centrerad vård blivit aktuellt som något att eftersträva (Savundranayagam, Sibalija & Scotchmer, 2016). Ett person-centrerat bemötande i vården handlar om att bekräfta och uppmärksamma vårdtagarna som individer och fokusera på vårdtagarens bevarade förmågor (Kitwood, 1997). Att stärka vårdtagares identitetskänsla är viktigt, och det förverkligas bland annat genom att i interaktion, vårdsituationer, fattande av vårdbeslut beakta vårdtagares livshistoria, värderingar, personliga önskemål, preferenser och behov (Kitwood, 1997). Kommunikation möjliggör att vårdarna kan möta och förstå individens behov och spelar därför en viktig roll i person-centrerad vård (Savundranayagam m.fl., 2016). Person-centrerad kommunikation har även visat sig ha positiv inverkan på den sociala interaktionen och förhållandet mellan personal och vårdtagare med minnessjukdom, bland annat i form av att vårdtagaren är mera samarbetsvillig och artig, bidrar till konversationen samt delar med sig av personlig information (Savundranayagam m.fl., 2016). Att använda person-centrerade kommunikationsstrategier i det sociala samspelet med personer med minnessjukdomar är viktigt, eftersom det kan kompensera för förlorade förmågor och stärka de förmågor som ännu är bevarade (Downs & Collins, 2015).

I vårdarbetet är det viktigt att ha kunskap om vilken diagnos vårdtagaren har och vilka kognitiva förändringar samt kommunikationssvårigheter som kan förekomma (Lindholm, 2010). Effektiv kommunikation är en viktig grundsten för god vård, men för att kunna

uppnå effektiv kommunikation i samtal med vårdtagare med minnessjukdomar är det många faktorer hos vårdtagare som en samtalspartner bör beakta. Uppgiften som samtalspartner är komplex och vårdtagare kan ha försämrade kognitiva färdigheter och möjligheter att uttrycka behov. Vårdtagares förmåga att ta in, bearbeta, rationalisera och spara information kan också vara försämrade. Övriga faktorer som samtalspartnern bör uppmärksamma är bland annat att förmågan att uppfatta tid och rum kan vara förändrad och att oroligt beteende kan förekomma (Naughton m.fl., 2018). Det är viktigt att personal som arbetar med personer med minnessjukdomar ser varje vårdtagare som en person med unika kommunikativa färdigheter och att det stöd som behövs för möjliggörande av deltagande i social interaktion är individuellt för varje person (Baker m.fl., 2015).

Kellet, Moyle, McAllister, King och Gallagher (2009) undersökte hur förhållandet mellan vårdtagare, personal och anhöriga påverkas av att biografisk information om vårdtagare samlas in och delas sinsemellan. Personalen upplevde att biografisk information om vårdtagare bland annat ökade respekten gentemot dem, förståelsen för den kontext olika vårdtagare kom ifrån, samt känslan av uppskattning och gemenskap med vårdtagare. Informationen upplevdes av personalen även kunna användas som resurs för att hantera svåra situationer med vårdtagare, lugna vårdtagare, framkalla gamla minnen, samt skapa stunder av meningsfull anknytning och kontakt.

1.3 Delaktighet och stöd för kommunikationen

I WHO:s internationella klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) betonas delaktighet som en viktig aspekt vid beskrivning av en persons hälsa och hälsotillstånd (WHO, 2001). Det här lyfts fram eftersom möjligheter att delta i sociala interaktioner och aktiviteter påverkar en persons välmående i stor utsträckning.

Personer med minnessjukdomar besitter i någon form ännu förmågan att kommunicera och anstränger sig för att få kontakt med personer i deras omgivning (Allan & Killick, 2001; Ward m.fl., 2008). Författarna till Minnesförbundets vårdhandbok för professionella inom vård av personer med minnessjukdom skriver ”En person med minnessjukdom bör i alla skeden av sin sjukdom få sina emotionella och sociala behov tillfredsställda. En av de viktigaste uppgifterna för en professionell inom minnesarbetet är att stödja den minnessjuka i detta.” (Alzheimer Centralförbundet, 2018, s.10). I en pilotstudie intervjuades personer med minnessjukdomar och deras familjevårdare, och de berättade att kommunikation fått en ännu viktigare roll i livet sedan sjukdomen upptäcktes (Johnstone

Young m.fl., 2011). De flesta informanterna framhävde även kommunikationens betydelse för delaktighet i sociala sammanhang och som ett medel att skapa kontakt, söka hjälp samt stärka sin identitetskänsla. Ward med flera (2008) intervjuade vårdtagare med minnessjukdom på serviceboenden och ur svaren framgick att vårdtagarna längtade efter möjligheter att delta i socialt umgänge.

Potkins med flera (2003) undersökte hur förekomst av språkliga svårigheter påverkade beteende och deltagande i social interaktion hos personer med minnessjukdomar som bodde på olika vårdinrättningar. Resultaten antydde att det finns ett signifikant samband mellan förekomst av språkliga svårigheter och minskat deltagande i sociala aktiviteter samt undvikande av sociala sammanhang. Utgående från resultaten föreslog Potkins med flera, att det vid bedömning av varje vårdtagare på ett boende borde inkluderas en beskrivning av vårdtagarens kommunikativa förmågor och behov. Därtill föreslog de att det kunde skapas vårdplaner med syfte att stöda vårdtagarens delaktighet och engagemang i aktiviteter och socialt umgänge.

En förutsättning för att en samtalspartner ska kunna stöda kommunikationen i interaktionen med en person med kommunikationssvårigheter är tillräcklig kunskap om hur individens svårigheter påverkar kommunikationen. Dessutom är det viktigt med kunskap om vilka stödjande samtalsstrategier, anpassningar och hjälpmedel som kunde vara ändamålsenliga att använda sig av (Forsgren, 2017; Lindholm, 2010). Personer med minnessjukdomar som bor på serviceboenden har oftast personalen som arbetar på boendet som huvudsaklig samtalspartner och det här understryker personalens centrala roll i trygghet av vårdtagarnes sociala utbyte (Baker m.fl., 2015).

I samtal med en person med kommunikationssvårigheter kan man som samtalspartner genom att anpassa sin verbala och icke-verbala kommunikation på olika sätt stöda personens språkförståelse och möjligheter att uttrycka sig. Samtalspartnern kan bland annat underlätta kommunikation genom att ge personen tillräckligt med tid för att reagera och att i samtalen hålla sig till ett tema i gången (Forsgren, 2017). Vidare kan samtalspartnern tänka på att tala om det som sker här och nu, försöka uttrycka budskapet via flera modaliteter och minska användning av prepositioner. I situationer där personen glömt bort vad samtalet handlar om är det bra om samtalspartnern sammanfattar det som nyligen diskuterats och påminner om vilket det aktuella samtalsämnet är (Bayles & Tomoeda, 2007). Det är även viktigt att beakta att olika anpassningar i miljön kan underlätta

kommunikation som exempelvis att försöka minimera distraherande stimuli i omgivningen (Lanzi m.fl., 2017).

Det har även sammanställts omfattande helheter med kommunikationstips, guider för hur man kan göra kommunikationen mera person-centrerad och strukturerade interventionsprogram med syfte att förbättra kommunikationen mellan personer med minnessjukdomar och personer i deras närhet (Downs & Collins, 2015; Johnstone Young m.fl., 2011; Naughton m.fl., 2018; Smith m.fl., 2011). Downs och Collins (2015) beskriver bland annat att en samtalspartner ska fånga uppmärksamheten hos en person med minnessjukdom före ett samtal inleds, vara på samma ögonhöjd, minimera bakgrundsbuller om möjligt och att tala klart och tydligt. Johnstone Young med flera (2011) ger exempel på vad en samtalspartner kan göra som lyssnare i samtal med en person med minnessjukdom. De nämner bland annat att lyssna aktivt med alla sinnen, vara mottaglig för olika tecken, fokusera på det som lyckas i kommunikationen och inte det som misslyckas, visa för personen att det varit värdefullt att samtala med dem, samt att avsluta konversationer med en positiv kommentar.

I en systematisk översiktsstudie av Eggenberg med flera (2013) kom det fram att intervention för vårdpersonal och familjemedlemmar med syfte att förstärka kommunikativa färdigheter kan ha positiv inverkan på olika sätt både till fördel för personal, familjemedlemmar och personer med minnessjukdomar. Deltagare ur personalen uppgav att interventionen bland annat positivt påverkat deras förståelse för hur en person med minnessjukdom kan uppfatta världen, och vilka utmaningarna samt möjligheterna är i kommunikativa situationer med dessa vårdtagare (Eggenberg m.fl., 2013).

Beukelman, Fager, Ball och Dietz (2007) skriver i en översiktsartikel som handlar om alternativ och kompletterande kommunikation (AKK) för vuxna med förvärvade neurologiska tillstånd att personer med minnessjukdomar är en relativt ny grupp AKK-användare och att evidensen för effektiva AKK-insatser för dem ökar. AKK kan användas med personer med minnessjukdom för att utvidga kommunikativ förmåga och stöda minnesfunktion, samt möjliggöra bättre delaktighet, livskvalitet och deltagande (Beukelman, Fager, Ball & Dietz, 2007). I en engelsk studie undersöktes vilken prevalensen i landet är för personer som kunde dra nytta av AKK- insatser och vilka tillstånd de potentiella AKK-användarna har (Creer, Enderby, Judge & John, 2016). Enligt resultaten beräknades den största andelen personer som kunde dra nytta av AKK- insatser

vara personer som har Alzheimers sjukdom/ demens och Parkinsons sjukdom. I studien estimerades att ca 10 % av alla personer med Alzheimers sjukdom/ demens i landet skulle ha nytta av AKK-insatser.

Minnesböcker- och hjälpmedel kan stöda minnet, kommunikationen och den sociala samvaron på flera sätt i de olika skedena av sjukdomsförloppet (Lanzi m.fl., 2017). En minnesbok är en liten bok där viktig information om vårdtagarens liv, familj, vardag och rutiner beskrivs i text och bild (Bourgeois, Dijkstra, Burgio & Allen-Burge, 2001).

Minnesshjälpmedel har i studier visats kunna ha positiv inverkan på kommunikationen mellan personer med minnessjukdom och vårdare, som fått utbildning i användning av hjälpmedlet. Exempelvis har användning av hjälpmedlet visats möjliggöra för vårdtagaren att göra flera yttranden per samtalsämne och diskutera längre kring ett samtalsämne (Egan, Berube, Racine, Leonard & Rochon, 2010). I en översiktsartikel av Fried-Oken, Mooney och Peters (2015) nämns att kommunikationstavlor, bilder, kommunikationskort, samtalsmatta och multimodal input också kan användas som kommunikationsstöd med en person med minnessjukdom. Vardaglig teknologi kan fungera som stöd för minnet och på så sätt också vara till hjälp i vardagen, hit räknas bland annat telefoner, kalendrar, talande tavelramar och klockor (Fried-Oken, Mooney & Peters, 2015).

2 Syfte

Det finns en ökande mängd information om hur personal som arbetar med vårdtagare med minnessjukdom kan stöda dem i kommunikationen, men ett hittills relativt outforskat område är vårdpersonalens upplevelse av kommunikationen och förverkligandet av den. Syftet med den här avhandlingen var att kartlägga vårdpersonalens subjektiva upplevelser av kommunikation med vårdtagare med minnessjukdom som bor på serviceboenden.

3 Metod

Den etiska nämnden för psykologi och logopedi vid Åbo Akademi beviljade i november 2018 etiskt tillstånd för att genomföra ett forskningsprojekt med personal som arbetar på serviceboenden för personer med minnessjukdomar. Som datainsamlingsmetod planerades det en semi-strukturerad intervju för personalen på serviceboenden avsedda för personer med minnessjukdomar. Enligt bekvämlighetsurval valdes svenskspråkiga serviceboenden i Finland avsedda för personer med minnessjukdomar, för att där rekrytera och intervjua tio

deltagare. Den ursprungliga avsikten var att personal från flera olika boenden skulle intervjuas. Eftersom intresset för deltagande var stort redan vid de två första enheterna som kontaktades, härfter omnämnda boende A och B, fattades beslutet att intervjua personal på endast de här två boendena.

Först kontaktades den enhetsansvariga för serviceboende A. Den enhetsansvariga fick information om undersökningen och tillfrågades om behov av eventuella etiska tillstånd från administrationen. Inget ytterligare tillstånd krävdes och avdelningssköterskan på boendet beviljade tillstånd att genomföra undersökningen i november 2018.

Den enhetsansvariga på serviceboende B kontaktades i december 2018 och försågs med information om undersökningen. För beviljande av tillstånd för genomförande av studien behövdes först ett tillstånd från serviceboendets administration. I januari 2019 beviljades ett etiskt tillstånd från organisationens etiska nämnd som boendet verkar under, i samtycke med serviceboendets enhetsansvariga.

3.1 Instrument och datainsamling

En semi-strukturerad intervju användes som instrument för insamling av personalens subjektiva upplevelser av kommunikation med vårdtagare med minnessjukdomar.

Intervjufrågorna hade sammanställts av skribenten i samråd med handledaren (bilaga A) med åtanke på information som framkommit i litteraturen angående ämnet som behandlats i det här arbetets inledning. Frågorna var 13 till antalet och de syftade till att ur ett mångsidigt perspektiv kartlägga deltagarnas upplevelser och erfarenheter av kommunikationen med vårdtagarna. Centrala frågor som undersöktes handlade bland annat om kommunikationsomgivningen, det sociala utbytet omfattning och mångsidighet, personalens utbildning i att stöda kommunikationen samt användning av stödande kommunikationsstrategier eller hjälpmedel i samtalen med vårdtagarna. Samma 13 frågor ställdes till alla deltagare och utöver dessa ställdes ofta även följdfrågor, som varierade lite beroende på vad deltagaren redan delgett. Deltagarna ombads bland annat ofta beskriva närmare eller berätta mera om något de redan nämnt i sitt svar, närmare exempel på följdfrågor som användes framkommer i bilaga A.

Materialet samlades in under perioden november 2018 till januari 2019.

Avdelningssköterskan som beviljat tillstånd för genomförandet av undersökningen på boende A informerade personalen på enheten om undersökningen på ett personalmöte, och

de frivilliga som ville delta i intervjun anmälde sitt intresse till avdelningssköterskan. Tider för intervjuerna bokades i samtycke med avdelningssköterskan. Rekrytering av frivilliga på boende B skedde i och med att forskaren besökte enheternas personalmöten och sedan bokade tider för intervjuer med de frivilliga, i samtycke med den enhetsansvariga. De frivilliga erbjöds möjlighet att intervjuas på arbetsplatsen eller att komma till Åbo Akademi för intervjun.

Alla intervjuer förutom en genomfördes på deltagarnas respektive arbetsplatser. En deltagare föredrog att intervjuas i universitetets klinikutrymmen. Intervjuerna utfördes i ett tyst och avskilt rum. Intervjuerna inleddes med att forskaren berättade kort om upplägget samt undersökningen och deltagarna fick läsa igenom en informationsblankett om undersökningen samt ställa frågor om något förblivit oklart. Sedan fyllde deltagarna i en samtyckesblankett. I början av intervjun fyllde deltagarna i ett formulär som innehöll frågor om deras bakgrundsuppgifter, så som utbildning och erfarenhet av arbete med personer med minnessjukdomar (bilaga B). Därefter fick de lyssna till en kort definition av kommunikation, och sedan inleddes den ca 30 minuter långa intervjun. Under intervjuerna spelades en ljudfil in med apparaturen H2next Zoom Handy Recorder, för att möjliggöra transkribering i efterhand.

3.2 Deltagare

Målgruppen för studien var svenskspråkig personal som arbetar på svenskspråkiga serviceboenden avsedda för personer med minnessjukdomar. Det sammanlagda deltagarantalet var 14 istället för det eftersträlvade tio, eftersom det redan var tio stycken som anmält sig som frivilliga på boende A. För att få data också från en annan vårdomgivning så intervjuades även frivilliga från boende B. Boende B hade två separata enheter och tre av deltagarna som ställde upp i studien arbetade på den ena enheten, medan en deltagare arbetade på den andra enheten. Trots att serviceboendenas målgrupp var svenskspråkiga vårdtagare, bodde det även finskspråkiga vårdtagare på respektive enhet och bland deltagarna ur personalen uppgav fyra personer finska som sitt modersmål eller att de var tvåspråkiga med finska som sitt starkare språk. Majoriteten av deltagarna hade svenska som modersmål och alla deltagare upplevde sig ha tillräckligt goda kunskaper i svenska för att delta i intervjun.

Alla deltagare var kvinnor. Deltagarna var mellan 24-62 år gamla, så variationsvidden för deltagarnas ålder var bred. De olika yrkesbeteckningarna som förekom bland deltagarna

var; närvårdare, sjukskötare, avdelningssköterska, vårdare och socionom (tabell 1). Fyra av deltagarna hade en yrkesbeteckning på arbetsplatsen som inte var identisk med deras utbildningstitel. Dessutom hade fem av deltagarna flera utbildningar eller höll på att vidareutbilda sig vid sidan av arbetet.

Tabell 1

Antal deltagare med ifrågavarande utbildning och yrkesbeteckning på arbetsplatsen

	Utbildning	Yrkesbeteckning på arbetsplatsen
Närvårdare	7	9
Sjukskötare	4	2
Annan	3*	3**

* Primärskötare/hjälpskötare, socionom, ergoterapeut

** Avdelningssköterska, vårdare, socionom

Deltagarna tillfrågades i bakgrundsinformationsblanketten (bilaga B) om deras yrkesutbildning innehållit någon undervisning om hur man kommunicerar med personer med minnessjukdomar eller personer med kommunikationssvårigheter i allmänhet, och sex deltagare svarade jakande på frågan medan de övriga svarade nekande.

Det fanns även en stor variation angående hur många år sedan deltagarna hade tagit sin yrkesexamen och året för utexaminering varierade mellan år 1985-2017, se tabell 2. En bred variation framkom även angående hur många års erfarenhet deltagarna hade av att arbeta med personer med minnessjukdomar och på ifrågavarande serviceboende.

Deltagaren med längst erfarenhet hade arbetat 26 år med personer med minnessjukdomar och de som var mest nya inom arbetet hade cirka 2 års erfarenhet.

Tabell 2

Antal år sedan utexaminering, antal års erfarenhet av arbete med personer med minnessjukdomar och på ifrågavarande serviceboende

Antal år	År sedan utexaminering	Erfarenhet av arbete med personer med minnessjukdomar	Arbetat på ifrågavarande serviceboende
0 – 4	4	3	5
5 – 9	3	5	4
10 – 14	0	3	3
15 – 19	1	0	0
20 – 24	0	1	1
25 – 29	3	1	1
30 – 34	3	0	0

3.3 Analysering av data

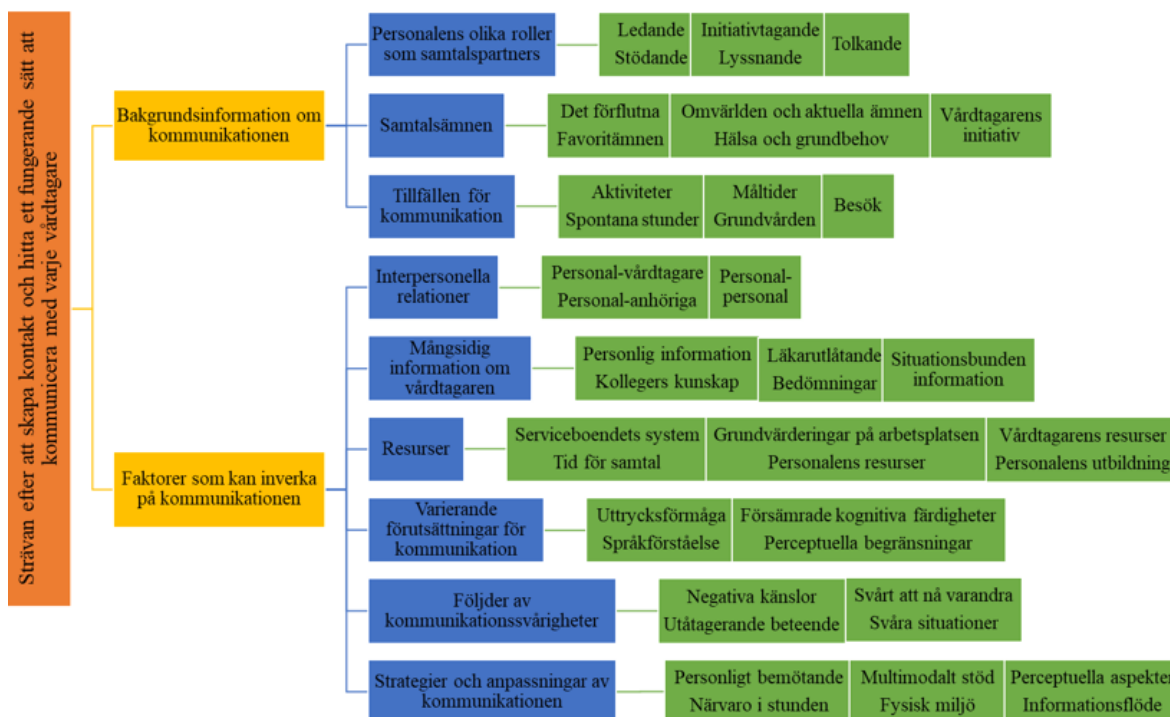
Efter datainsamling transkriberades intervjuerna ordagrant. Data analyserades sedan kvalitativt enligt principerna för kvalitativ innehållsanalys (Erlingsson & Brysiewicz, 2017; Graneheim & Lundman, 2003; Hsieh & Shannon, 2005; Lundman & Graneheim, 2017). Till att börja med läste skribenten igenom texten upprepade gånger och skapade sig en helhetsbild av materialet samt gjorde anteckningar om intryck och tankar som väcktes. Sedan gick skribenten igenom materialet enligt de områden som behandlade samma sak, och därefter började meningsenheter identifieras. Sedan kondenserades meningsenheterna och deras preliminära koder tog form och sammanställdes i tabeller. Materialet överblickades och preliminära kategorier samt underkategorier uppstod under vidare analys av materialet. När allt material behandlats så omstrukturerades materialet vidare i tabeller med huvudkategorier och underkategorier efter två huvuddomäner som identifierats. Strukturen och namn på koder och kategorier omarbetades flera gånger för att förtydliga samt vidare sammanfatta innehållet.

I resultatdelen presenteras citat ur deltagarnas svar för att berika analysen. Citaten är för läslighetens skull inte transkriberade i talspråk utan det talade är översatt i skriftspråk. För ökat flyt har upprepningar av enskilda ord tagits bort och korta pauser eller uppehåll i yttrandena är inte heller markerade. Innehållsmässigt är citaten bevarade och därmed har

inga förändringar angående ordföljd, meningsuppbyggnad med mera gjorts. Däremot finns det orsak att poängtera att transkriberingen fullkomligen utförts av skribenten och den har inte jämförts och kontrollerats av någon utomstående part. En viktig aspekt att lyfta fram och förtydliga är att skribenten arbetat fram intervjufrågorna, förverkligat intervjuerna, transkriberat ljudinspelningarna och genomfört analysen. Det här innebär att arbetet i dess olika skeden utförts av skribenten och därmed även influerats av detta i någon utsträckning.

4 Resultat

Det förekom en del variation i deltagarnas svar på de olika frågorna och somliga frågor genererade mera samstämmighet än andra och ibland svarade deltagarna på frågorna ur lite olika perspektiv eller fokuserade på olika delar av frågorna. Det övergripande temat som framträder ur deltagarnas beskrivningar av hur de upplever kommunikationen med vårdtagare med minnessjukdomar över lag, är personalens strävan efter att skapa kontakt och hitta ett fungerande sätt att kommunicera med varje vårdtagare (figur 1, orange). I materialet kommer många gånger fram i olika skeden av intervjuerna att kommunikationen med vårdtagarna påverkas av många olika komplexa faktorer och att de i personalen tar på sig olika roller i kommunikationen enligt vad situationerna förutsätter. De två huvudkategorier som tagit form utgående från materialet är ”Bakgrundsinformation om kommunikationen”, samt ”Faktorer som kan inverka på kommunikationen” (figur 1, gul). För respektive huvudkategori har ett flertal underkategorier (figur 1, blå) och nyckelord (figur 1, grön) identifierats.



Figur 1. Tema (orange), huvudkategorier (gul), underkategorier (blå) och nyckelord (grön) som framgår i intervjuerna med deltagarna.

4.1 Bakgrundsinformation om kommunikationen

Bland intervjufrågorna fanns frågor som fick deltagarna att dela med sig av bakgrundsinformation om kommunikationen med vårdtagarna. Deltagarna svarade på frågor om hur de uppfattar sin roll som samtalspartner i kommunikationen med vårdtagarna, i vilka sammanhang kommunikation och social samvaro uppstår tillsammans med vårdtagarna, samt vad samtalen handlar om. Det framgår ur svaren en bild av utgående från vilket perspektiv deltagarna förverkligar kommunikationen med vårdtagarna, under vilka omständigheter kommunikationen sker och hur mångsidigt det sociala utbytet är som vårdtagarna erbjuder.

4.1.1 Personalens olika roller som samtalspartner

De flesta deltagarna uppgav att det sociala samspelet med vårdtagarna oftast fungerar bra och att det känns naturligt att kommunicera med vårdtagarna, somliga liknade det vid att umgås med sina egna närstående. Flera av deltagarna beskrev att de upplever sig ha en viktig roll i kommunikationen med vårdtagarna. Det framkom att vilken roll personalen har i kommunikationen beror på vilken vårdtagare de kommunicerar med, och att rollen ofta

varierar. Somliga deltagares svar gav bilden av att rollerna de kan behöva axla i umgänget med vårdtagarna ibland kan vara utmanande och krävande.

Personalen uppgav att de försöker anpassa sin roll enligt vårdtagarnas förutsättningar, och att de kan växla mellan att vara bland annat den ledande, lyssnande, stödande, initiativtagande samt tolkande parten. *"... för vi har ju ändå sådana som är mera gravt minnessjuka och sedan lindrigare /.../så ibland är man nog den där höraren och det där ibland är jag den som leder liksom det där talet, att det är både och" (deltagare 10).* Den ledande rollen framstod innebära att leda diskussionen, delvis styra samtalet i någon riktning eller påverka samtalsämnet. Den lyssnande rollen kunde exempelvis inkludera att bekräfta vårdtagarnas kommunikation, finnas till för dem och försöka förstå deras yttranden. Den stödande rollen verkade innebära att anpassa kommunikationen individuellt för vårdtagaren, hjälpa vårdtagaren i kommunikationen, motivera, upprätthålla, ge tid och att skapa en helhet för vårdtagaren. De flesta deltagare nämnde att det oftast är personalen som får inleda samtalen och initiera kommunikationen vårdtagare och personal emellan. Bland deltagarna upplevdes att de också kan behövas för att föra samman vårdtagare att kommunicera sinsemellan och upprätthålla deras diskussioner. *"Att många gånger de sitter där i kanske de inte alltid pratar sinsemellan så mycket, att nu är det personalen ofta som just börjar att diskutera att man får med de där åldringar också" (deltagare 8).*

Ur deltagarnas beskrivningar framgick att de genomgående antar en observant och tolkande roll för att uppfatta såväl verbala som icke-verbala budskap, eftersom många vårdtagare inte kan uttrycka sig verbalt så att samtalspartnern förstår. *"... fast de inte alltid kan verbalt uttrycka sig att vad de just önskar. Och vad de just då vill få fram för känsla och så, men att vi ändå är bra på att kanske tolka och fundera kring att vad är det nu som är det där liksom problemet" (deltagare 2).* Vidare beskrevs vikten av att följa med och försöka tolka eventuella förändringar eller avvikelser i vårdtagarnas kroppsspråk, beteende, och mående, eftersom det ibland den vägen framkommer ifall något inte står rätt till med en vårdtagare.

4.1.2 Samtalsämnen

Ur deltagarnas svar framgick att kommunikationen i vardagen ofta kretsar kring varierande ämnen och teman, som ofta är av vardaglig karaktär. Något som många av deltagarna lyfte fram var att samtalen i vardagen ofta har en personlig aspekt på så sätt att samtalen handlar om olika saker beroende på vilken vårdtagare personalen kommunicerar med.

Samtalen rapporterades ofta handla om vårdtagarnas favoritämnen, så som det förflutna, intressen, anhöriga, tidigare hemort och saker de tycker om. Samtal om det förflutna kunde exempelvis inkludera diskussion om gamla minnen, hur livet var förr, barndomen, händelser, och utfärder. Flera deltagare nämnde även att samtalsämnena ofta följer vårdtagarens initiativ, om de börjar prata eller fråga om något så försöker personalen fortsätta på ämnet. *"Det beror på vem man pratar med, det är helt individuellt./.../om jag vet att de tycker om djur så då pratar vi djur mest. Men att de är ju jättesociala de flesta som bor här också, så de berättar nu vad de vill prata om så får man hänga på det. Eller om det har hänt någonting den dagen så kan man diskutera om det, för att de är nog jättepositiva till att prata. Om nästan vad som helst, bara man ger dem tid"* (deltagare 14). Diskussion kring aktuella ämnen och omgivningen, som nyheter, vädret, högtider, de dagliga sysslorna och pågående aktiviteter, förekom också ofta i deltagarnas beskrivningar av typiskt förekommande samtalsämnen. Några deltagare berättade att de brukar diskutera vårdtagarens hälsa och mående, exempelvis minnesproblematiken, mediciner och aktuella symptom eller bekymmer.

4.1.3 Tillfällen för kommunikation

Deltagarna ombads beskriva i vilka situationer och sammanhang under dagen det uppstår mest samtal och social samvaro med vårdtagarna, och det visade sig ske vid flera olika situationer i vardagen. Flest gånger nämnde deltagarna samvaro i samband med vårdåtgärder, måltider, kaffestunder och aktiviteter, men även mera spontana stunder av samvaro framgick.

Nästan alla deltagare beskrev att kommunikationen som sker i och med grundvården har en mycket central och praktisk funktion, i och med att personalen steg för steg muntligen går igenom de olika vårdmomenten tillsammans med vårdtagaren. Att verbalt beskriva vårdmomenten uppgavs möjliggöra utförandet av sysslorna och ett fungerande samarbete, samt ge vårdtagaren en förvarning om det som ska ske. Flera deltagare nämnde även att det är ett bra tillfälle att umgås på tumanhand med vårdtagaren och samtala om även annat än vårdrelaterade ämnen. Måltiderna upplevdes av deltagarna även vara en situation för samtal och de nämnde att kommunikationen är närvarande både vid mera praktiska situationer som val av maträtt eller matningssituationer, men de beskrev även att det förekommer mera fria diskussioner under själva måltiden och att det uppstår samtal om allt möjligt. *"...vid måltiderna så då vi en sådan där stor familj här/.../både personalen och*

boarna vi har jätteroligt också ibland och vi skojar och försöker alltid läsa efter liksom att vi har ätit” (deltagare 9).

Deltagarna beskrev flera olika aktiviteter under vilka det ofta uppstår social samvaro med vårdtagarna. Att sjunga och lyssna på musik nämndes av många deltagare som ett bra sätt att skapa kontakt och samvaro med de flesta vårdtagarna, även de som inte längre kan uttrycka sig verbalt. Flera deltagare berättade att det ofta uppstår diskussion när de tittar på tv. ”...vi brukar titta tv och diskutera, om de kommer något djurprogram att ’Voi jestas så stora djur’. Och så säger de någonting att de har sett sådant” (deltagare 10). Andra aktiviteter som nämndes ge upphov till samtal var högläsning, spel, korsord, att titta på fotografier tillsammans, aktiveringsgrupper, umgänge med anhöriga och frivilliga från Röda korset, samt olika former av organiserat program. Många deltagare berättade även att de försöker ta vara på spontana stunder i vardagen för att prata och umgås med vårdtagarna när det är lugnt och inte händer något särskilt, som till exempel under tiden mellan måltiderna.

4.2 Faktorer som kan inverka på kommunikationen

Deltagarna beskrev i samband med de övriga frågorna många olika faktorer som de upplever inverka på kommunikationen och samspelet mellan vårdtagarna och personalen. Vilka faktorer som inverkar och i vilken utsträckning framhövdes vara något som varierar mycket beroende på vilken vårdtagare det kommunikativa utbytet sker med. Det framkom komponenter som kan vara både stödande och/eller utmanande för kommunikationen.

4.2.1 Interpersonella relationer

Goda interpersonella relationer var en av de faktorer som de flesta deltagare tog upp under intervjun som en viktig komponent för en fungerande kommunikation. Kommunikationen med vårdtagarna upplevdes av deltagarna påverkas positivt av olika faktorer i relationen mellan personal och vårdtagare, och ytterligare av olika faktorer i relationen mellan personal och anhöriga samt personal emellan.

I relationen mellan personal och vårdtagare betonades särskilt att man känner varandra bra som en stärkande faktor för kommunikationen. ”Jag upplever nog att jag är en sådan vårdare som de känner ju mig väldigt bra eftersom jag har jobbat länge med dem, så att det känns tryggt att kommunicera med mig. Och att förstår dom som även har afasi och så, i och med att det är flera månader och år av kommunikation sinsemellan liksom. Att jag

lyssnar på dem och de lyssnar på mig” (deltagare 7). Vidare upplevdes det viktigt med god kontakt och personkemi, att relationen varit långvarig, att man litar på varandra och att vårdtagaren känner sig trygg, samt att personalen lärt känna vårdtagarens sätt att kommunicera. Några deltagare nämnde även att ömsesidig användning av humor i kommunikationen i form av skämt och skoj, är något som positivt stärker relationen mellan personal och vårdtagare i många fall.

Relationen mellan personal och vårdtagares anhöriga upplevdes av deltagarna som mycket värdefull. Samarbete med anhöriga som engagerar sig, är aktiva och intresserade av vårdtagarens ärenden, lyftes fram av deltagarna som något positivt och givande.

Deltagarna uppgav att anhöriga ofta kan delge viktig information om vårdtagaren, som i sin tur kan hjälpa personalen att skapa en bra relation med vårdtagarna. *”...hur bra jag kan kommunicera med vår boande så har att göra med det också att hur anhöriga liksom finns med där, att de vi ett team liksom. Förutom att vi arbetstagare är ett team, så är också boaren själv och hennes anhöriga eller närmaste de viktiga” (deltagare 5).*

Deltagarna beskrev även betydelsen av goda relationer personalen emellan. Bland annat uppskattades bland kollegerna att de har för vana att ha en gemensam, fortgående och öppen diskussion om arbetet med vårdtagarna, under vilken man kan få ta del av kollegers modell, råd och tips. Vidare upplevdes som en stödjande faktor att alla i personalen har olika styrkor som kompletterar varandra, och att de kan hjälpa varandra att spara på sina resurser och få kommunicerandet med vårdtagarna i vardagen att löpa smidigare. *”Att det har vi också försökt liksom att om jag nu klickar jättebra med dig och du är minnessjuk, att då får jag liksom gärna sköta dig lite mera. Så liksom istället för att någon som inte klickar med dig sköter dig och du blir arg och på dåligt humör och det blir inte gjort” (deltagare 11).*

4.2.2 Mångsidig information om vårdtagarna

De flesta deltagare upplevde att tillgång till mångsidig information om vårdtagare, är något som påverkar kommunikationen positivt på olika sätt. Informationen uppgavs komma från olika källor, bland annat från anhöriga, vårdtagaren, kolleger, läkarutlåtanden och bedömningar.

Deltagarna berättade att för att kunna prata om saker som är relevanta och intresserar vårdtagarna, så är personlig information om vårdtagarens livsberättelse, favoritsamtalsämnen, intressen, tidigare yrkesroll, personlighet, åsikter, värderingar,

önskemål med mera, mycket viktigt. *"Att om jag vet att någon har tyckt om att göra till exempel handarbete så vi kan börja prata om sådant/.../det är lättare när man känner dem, att varifrån de har kommit/.../om det är någon på dåligt humör så det hjälper ganska mycket när du börjar prata"* (deltagare 10). I synnerhet information från anhöriga ansågs värdefull, eftersom de ofta har kunskap bland annat om vårdtagarens nära och kära, tidigare rutiner samt livsstil, och ifall vårdtagarens personlighet förändrats i och med sjukdomen. Informationen upplevdes öka hur väl personalen förstår vårdtagarna och möjliggöra skapandet av en meningsfull vardag för vårdtagarna. *"...anhöriga har skrivit riktigt ganska lång sådan där levnadshistoria att man vet mycket. Det att just med demensta när man pratar att just det hjälper lite att tolka att vad kan det gälla"* (deltagare 8).

Kollegers kunskap och råd framgick vara viktig information som bidrar till en mera fungerande kommunikation. *"Och sedan har vi ganska bra med teamet att när någon hittar en röd tråd eller reagerar att 'Hej att det här hjälpte ju, att prova ni också att manne det är det som hjälper'.../ Så det tycker jag att är jätteviktigt"* (deltagare 12). Deltagarna upplevde att kollegerna ofta har praktiska råd att dela med sig av och sådant de upptäckt om vårdtagarnas kommunikationsprofiler, exempelvis information om hur man ska närma sig vårdtagaren, hur vårdtagaren uttrycker sig och vad vårdtagaren tycker om samt inte tycker om.

Deltagarna berättade att de regelbundet gör bedömningar av vårdtagarnas helhetsmående som vårdplanen sedan grundar sig på, och eftersom kommunikation är ett delområde som bedöms så får de i samband med bedömningen aktuell information om hur en vårdtagares kommunikation fungerar. Några deltagare lyfte även fram att läkarutlåtanden är en viktig källa för information, där de kan läsa om vilken typ av minnessjukdom vårdtagaren har och om det förekommer något annat som påverkar kommunikationen, till exempel afasi eller en hörselnedsättning. Information som personalen får i stunden genom att läsa av det vårdtagaren uttrycker med sitt kroppsspråk, tonfall och ansiktsuttryck nämnde några deltagare som viktigt att uppmärksamma och som något som stöder i interaktionen.

4.2.3 Resurser

Det framgick ur deltagarnas svar att olika typer av resurser eller brister i dem kan vara faktorer som påverkar kommunikationen. Det framkom både resurser i form av olika praktiska arrangemang och möjligheter samt resurser i form av personliga tillgångar hos personalen och vårdtagarna.

Somliga av serviceboendets system och resurser framgick stöda kommunikationen på ett indirekt sätt. Många deltagare upplevde att det är värdefullt att det organiseras en intervju när en ny vårdtagare flyttar in på enheten, under vilken de samlar in information om vårdtagarens livsberättelse med mera. Deltagarna upplevde att det möjliggör att berika den sociala interaktionen och att göra den personlig. Vidare upplevdes det bra att ha regelbundna möten med anhöriga, möjlighet till stöd utifrån och tillgång till arbetshandledning, eftersom de kan fungera som forum för diskussion om vårdtagares kommunikation. Andra system som rapporterades var att vårdtagarna vid måltiderna placeras tillsammans med andra med gemensamma intressen för att stimulera umgänge och att det i arbetsschemat finns inplanerat en person per dag som har huvudansvaret för att organisera sociala aktiviteter för vårdtagarna.

Flera av deltagarna betonade vikten av social samvaro i vårdtagarnas vardag. Några deltagare lyfte också fram att den gemensamma samvaron och att få dela saker är något som är ömsesidigt viktigt. *"Och det tycker jag om att göra, att sätta ner mig och prata det är liksom plusset på hela jobbet tycker jag sedan det att få höra att hurdant liv de har sedan igen haft och sådant"* (deltagare 1). Bland deltagarna poängterades att för att det ska kunna vara möjligt att lyssna på vårdtagarna och försöka förstå dem, så behöver verksamheten ge utrymme för tillräckligt med tid att stanna upp i arbetet och för social samvaro.

Den allmänna uppfattningen bland deltagarna var att det finns tid för att samtala och umgås med vårdtagarna i vardagen. Flera deltagare från en av enheterna uppgav att samvaro med vårdtagarna prioriteras, och att de blir påmind om och uppmuntrade till att spendera lediga stunder på att umgås med vårdtagarna. *"...arbetsgivaren åtminstone säger att det är också jobb att sitta och prata med dem. Att man tittar inte nu att ja att där sitter hon nu bara och umgås"* (deltagare 8). Två av deltagarna lyfte fram att de uppskattar sin arbetsplats särskilt på grund av att det finns tid för umgänge med vårdtagarna, men att de har erfarenhet av andra serviceboenden där det inte finns tid för det. *"... jag tycker att jobba därför just här, att vi har tid för dem. Jag vet att det finns sådana arbetsställen att det finns inte tid. Och det är ju viktigt med dem att vi har tid att diskutera och försöka att förstå att vad de menar"* (deltagare 4). Vissa deltagare upplevde ändå att tiden som finns för umgänge med vårdtagarna och att uppmärksamma deras sociala önskemål ibland är begränsad. Orsaker som nämndes var bland annat att det kan bero på dagen, något oväntat händer, det kan finnas så mycket annat att sköta, eller personens arbetsbild inte ger

utrymme för det. ”...vi är inte så många att vi alltid skulle kunna stanna upp och prata då när boarna vill det. Så jag skulle egentligen önska att det skulle finnas lite fler” (deltagare 5).

Det framgick att deltagarna upplevde att personliga resurser hos personalen kan påverka kommunikationen positivt, exempelvis olika egenskaper som att man är pratsam, lugn, lyhörd och tålmodig. Andra resurser som uppgavs fördelaktiga var lång erfarenhet av arbetet med personer med minnessjukdom, att man arbetat länge på samma serviceboende med samma vårdtagare, fallenhet för yrket, god multitasking förmåga, och förmåga att anpassa sin roll som samtalspartner samt fånga upp vårdtagarens initiativ. ”Nå jag har så lätt och prata liksom med alla människor. Och när jag alltid har jobbat med äldre, så det är så där det är så naturligt/.../ under min studietid, så var jag på ett ställe som de tyckte att det var helt onödigt när det var en sängpatient och prata med den. Så sa jag, men det är en mänska man måste prata” (deltagare 10).

Vårdtagarnas bevarade resurser var något som somliga deltagare poängterade som värdefullt i kommunikationen. Bland annat framgick att personalen ofta upplever det lättare att kommunicera med de vårdtagare som är i bättre skick och ännu kan uttrycka sig verbalt, än med vårdtagare som har till exempel afasi. Vårdtagarnas bevarade förmåga att kunna uttrycka att de värdesätter kommunikation och att de är sociala och utåtriktade till sättet, upplevdes även positivt för samspelet.

Att kunskap om minnessjukdomar kan vara en resurs i arbetet framgick indirekt på några ställen i deltagarnas beskrivningar. ”...jag måste liksom kunna påminna mig själv att det här är sjukdomen som gör det. Att det här att en mänska som kan ha varit en liksom en guldsten vet du så där i sitt liv, men sjukdomen har liksom svängt om humöret och gjort den till någon annan” (deltagare 1). Flera deltagare hade fått information under sin yrkesutbildning om hurdana kommunikationssvårigheter minnessjukdomar kan leda till. Däremot upplevde deltagarna över lag att de inte behandlat hur man ska bemöta kommunikationssvårigheter, förutom en deltagare som dessutom därutöver fått lära sig om användbara alternativa former av kommunikation samt hjälpmedel. Det framgick att det inte heller erbjudits någon utbildning organiserad av arbetsplatsen i att stöda kommunikationen hos personer med minnessjukdomar och kommunikationssvårigheter. På ett av serviceboendena hade organiserats en utbildningsdag om minnessjukdomar, där kommunikationen hade varit ett tema för diskussion. Flera av deltagarna nämnde att

arbetsgivarens inställning till att gå på kurser och fortbildningar är positiv och uppmuntrande.

Majoriteten av deltagarna uttryckte att det skulle vara intressant att lära sig mera om att stöda kommunikationen eller att de skulle behöva mera utbildning i ämnet. *”Jo ibland så upplever jag att man nog saknar lite kunskap, att speciellt vid så här kunder som har tappat ord eller tappat språket så att säga och som är ganska så där utåtagerande”* (deltagare 11). Bland annat önskade deltagarna praktiska råd och tips om hur de kan stöda kommunikationen, ordförrådet samt minnet över lag, och också uppmuntra till och erbjuda social samvaro för vårdtagare som är svårare att nå. Mera kunskap om non-verbal kommunikation och användning av bilder och andra alternativa sätt att stöda kommunikationen önskades också. En deltagare upplevde inget behov av mera utbildning, medan två deltagare undrade hur någon utbildning kunde hjälpa dem eftersom vårdtagarnas kommunikationssvårigheter trots allt är bestående.

4.2.4 Varierande förutsättningar för kommunikation hos vårdtagarna

I deltagarnas beskrivningar framgick att de upplever att vårdtagarnas bevarade kommunikativa färdigheter och svårigheterna de ställs inför i kommunikationen varierar, samt att de ofta hänger ihop med hur långt minnessjukdomen framskridit. Det förekom även skillnader mellan de olika deltagarnas upplevelser av vårdtagarnas färdigheter och svårigheter, även mellan deltagare som arbetade på samma enhet. Komponenter som beskrevs påverka vårdtagarens kommunikation negativt var begränsningar i språkproduktion, språkförståelse, kognitiva färdigheter och perceptionsförmåga.

Deltagarna berättade att försämrad språkproduktion och språkförståelse är en svårighet som vårdtagarna ofta uppvisar. Många vårdtagares begränsningar i språkproduktion uppgavs innefatta svårigheter med att hitta ord, ta kommunikativa initiativ, samt uttrycka sig och sina grundbehov. Vidare nämndes att vårdtagarna ibland väljer fel ord, producerar jargongtal, använder neologismer, pratar osammanhängande, endast har några ord i användning eller fullkomligen saknar ord. *”Och just det där sedan om du inte hittar ord/.../och du önskar att framföra någonting”* (deltagare 11). Deltagarnas beskrivningar av vårdtagarnas nedsatta språkförståelse innefattades främst av skildringar av situationer där vårdtagaren har svårt att förstå vad samtalspartnern säger eller missförstår yttranden. Svårigheternas omfattning beskrevs variera individuellt och förändras med tiden. Deltagarna uppgav att det bland vårdtagarna finns de som ytterligare har afasi, och

uppvisar stora kommunikationssvårigheter. Somliga deltagare upplevde att en del vårdtagare har god språkförståelse, välbevarad talproduktion och kan göra sig förstådda, initiera samtal om sina tankar, önskemål, grundbehov och intresseområden.

Vårdtagarnas försämrade kognitiva färdigheter framgick i många av deltagarnas beskrivningar vara en betydande utmaning i kommunikationen. Deltagarna uppgav bland annat att vårdtagarna har svårigheter med minnet och att bearbeta information. De beskrev situationer där vårdtagarna exempelvis inte lyckas koppla en situation till en förväntad handling eller ett verbalt yttrande. *"...många har hörapparater men för en del så hjälper inte det. Att det är kanske inte liksom direkt hörseln heller, utan det är också det här att uppfatta att det är kognitivt. Att inte uppfatta mera det vad man hör"* (deltagare 5).

Förekomst av hörselnedsättning hos vårdtagarna var ett grundläggande problem i kommunikationen som frekvent rapporterades. Nedsatt syn och perception av visuell information, samt faktorer som att samtalspartnern pratar för snabbt, tyst eller otydligt framgick också påverka negativt i det sociala utbytet. *"Och sedan om de inte hör varandra ordentligt, när de talar kanske otydligt och sakta. Och så finns det någon som inte hör så bra, och så snappar den människan upp ett ord och så blir han nervös för att han inte förstod, och så blir en nervös för att den missförstod"* (deltagare 3).

4.2.5 Följder av kommunikationssvårigheter

I deltagarnas beskrivningar av samspelet med vårdtagarna framgick utöver vårdtagarnas kommunikationssvårigheter även olika följder av dem. Bland annat beskrev deltagarna att olika negativa känslor kan uppstå vid kommunikativa sammanbrott, utåtagerande beteende förekommer ibland, svåra situationer uppstår i kommunikationen och att det kan vara svårt att nå varandra.

Några deltagare beskrev att de upplevt situationer där vårdtagare reagerat med att bli exempelvis arga, rädda, irriterade, nervösa eller oroliga i situationer där de inte förstått vad samtalspartnern säger eller inte lyckats uttrycka något de ville få sagt. Vidare poängterade deltagarna att sådana situationer oftast gör att både personalen och vårdtagarna känner sig ledsna och olyckliga när de inte lyckas förstå varandra. *"Fast man säger att 'Det här det är ingen fara, jag sätter blusen på', man visar blusen jag sätter den på. Hon förstår inte mera det där, att antagligen hör hon det att 'Blablabla' och att vi kommer på. Så ser hon det jo, det är ju ganska hemskt"* (deltagare 3).

Deltagarna berättade att några av vårdtagarna ibland uppvisar utåtagerande beteende och blir aggressiva, exempelvis om det är något de inte kan uttrycka eller förstå. *”...speciellt om du har frontallobs så kan du ju bli jätteaggressiv (...) liksom bli helt arg och ropa och skrika eller spotta eller riva eller liksom så där. Och då kan det ju vara ett tecken på liksom nå det att man inte förstår själva sammanhanget, men också det att man har inte ens fått den där förvarningen om vad som är på gång” (deltagare 11).* Deltagarna upplevde att det vid sådana situationer ofta blir svårt att återupprätta en fungerande kommunikation före vårdtagarna lugnat sig.

Flera av deltagarna beskrev att de ibland upplever att det är svårt att nå varandra i samspelet med vårdtagarna, exempelvis i grupsituationer där vårdtagarna har en kombination av många olika kommunikationssvårigheter. Deltagarna nämnde också situationer där personalen försökt få fram ett budskap som vårdtagaren inte förstår trots personalens försök att uttrycka budskapet på olika sätt, och situationen uppgavs förekomma även omvänt. Vidare framgick att somliga deltagare ibland upplever att de inte kan möta vårdtagares förväntning om att få svar på sina yttranden. Det här kan exempelvis ske om personalen inte förstår vårdtagarens yttrande eftersom det är osammanhängande, bristfälligt eller motstridigt och vårdtagaren inte heller kan svara på tillägsfrågor. Dessutom var det några deltagare som lyfte fram att personalen även behöver hitta nya sätt att kommunicera med vårdtagarna för att nå varandra, i takt med att minnessjukdomarna framskrider och kommunikationssvårigheterna blir mera betydande.

Ur materialet framgick flera typer av svåra situationer som uppstår i kommunikationen till följd av kommunikationssvårigheterna och minnessjukdomarna. Exempelvis nämndes att det kan uppstå svårigheter i kommunikationen om antingen vårdtagaren eller personalen är ny, eftersom båda parter ännu inte lärt känna varandra ordentligt. Flera deltagare berättade att de ställs inför att lösa olika typer av konflikter som uppstår till följd av vårdtagarens svårigheter, exempelvis kan vårdtagaren uppleva att de inte blivit förvarnade om något eller har svårt att förstå varför de inte kan gå ut på egen hand. *”...när man måste på något sätt förhindra någon. Att det där att man är nu bestämt att ’Nu ska jag gå ut’ eller ’Jag vill ha telefonen’ eller ’Nu ger du mig nyckeln och nu ska jag gå ut’. Och sedan det är på något sätt att lugna den där situationen” (deltagare 8).*

4.2.6 Strategier och anpassningar för kommunikation

Ur deltagarnas beskrivningar framgick att många anpassar sin kommunikation på olika sätt för att stöda kommunikationen samt det sociala samspelet med vårdtagarna, men några deltagare upplevde att de inte använder sig av strategier. Deltagarna upplevde ibland att anpassningarna de gör kanske inte direkt innebär användning av strategier, men de anpassningar de beskrev var trots allt ofta precis det som i intervjufrågan syftades på med ordet strategi.

Många av deltagarna betonade vikten av personligt bemötande och anpassningar enligt minnessjukdomens individuella inverkan på vårdtagarens kommunikation. *"Man måste nu hitta den där röda tråden. Och jag tycker när alla är så jätteolika/.../ att någonting fungerar åt en, och sedan fungerar det inte åt en annan. Att dom är nog alla helt egna personligheter, och sjukdomen påverkar alla på ett eget sätt"* (deltagare 3).

Deltagarna rapporterade att de använder olika former av kroppsspråk och multimodalt stöd i sin kommunikation. De flesta av deltagarna berättade att de när de pratar med vårdtagarna också ofta visar sitt budskap och använder rikligt med gester, somliga beskrev att de också kan ta olika föremål till hjälp för att visa. *"...sedan berör jag hemskt mycket, jag använder liksom mina händer och min kropp till att visa, att 'Ta i skeden' och samtidigt liksom rör jag vid skeden vid handen"* (deltagare 5). Flera av deltagarna ansåg att det är viktigt att skapa ögonkontakt före de inleder samtal och att även miner och ansiktsuttryck är något de använder ibland. Några av deltagarna berättade att de ibland ger någon form av visuellt eller skriftligt stöd i kommunikationen, exempelvis för att presentera olika alternativ.

Deltagarna frågades också explicit om de använder någon form av alternativ och kompletterande kommunikation tillsammans med vårdtagarna. Erfarenheterna visade sig vara ganska enhetliga och begränsade, och de flesta deltagares information om samt utbildning i att använda AKK var knapp. Deltagarna uppgav att det inte används någon form av AKK på ett strukturerat sätt, med undantag för en vårdtagare på en av enheterna. Skrivtavla och textförsedda bildkort uppgavs användas med vårdtagaren, bildkorten hade tillverkats av en studerande som fått utbildning i AKK. Det framgick att en studerande hade introducerat bildkort även på en av de andra enheterna, men de var inte längre i användning och hade endast använts med några enstaka vårdtagare. Några deltagare upplevde att AKK skulle vara bra att använda i större omfattning med vårdtagarna, medan

några ansåg att vårdtagarna inte längre har de kognitiva förutsättningar som krävs för att använda AKK.

Några deltagare nämnde att de anpassar och beaktar den fysiska miljön där kommunikationen äger rum. Bland annat försöker de välja en lugn och tyst miljö eller samtala i enrum med vårdtagaren, särskilt om vårdtagaren har nedsatt hörsel eller svårt att kommunicera och koncentrera sig på samtal om det är mycket bakgrundsbuller och många personer i rummet. Andra anpassningar som framgick angick gruppstorlek, position i rummet samt avstånd och ögonhöjd i förhållande till vårdtagaren. *"...att sedan är det egentligen lugnare perioder när det är många som är på sina egna rum, att då kanske gå till den som har svårt att kommunicera och vara så där att nu att 'Hej att ska vi göra det och det'. Så då kanske den förstår liksom bättre"* (deltagare 11).

Olika sätt som personalen anpassar talets perceptuella aspekter framgick, men det var svårt att se någon enhetlig strategi för alla sätt var inte helt entydiga och somliga lite motstridiga. Bland deltagarna nämndes exempelvis att tala tydligt, lugnt, långsamt, med vanligt taltempo, med stark röst, höja rösten, och inte ropa. *"Och sedan det här med tydlighet, tydlig röst och lugn röst och höjer rösten då ibland om det är någon som inte hör"* (deltagare 13).

Deltagarna beskrev olika strategier som tolkades relatera till att påverka informationsflödet. Bland annat nämndes att prata om en sak i taget, inte ge så mycket information på en gång, formulera sig kortfattat och ge vårdtagarna tid att svara samt bearbeta information. Andra strategier som framkom var förenkling, uppdelning, repetition och omformulering av yttranden. *"...om det är någon som har väldigt svårt att förstå (..) om man vill ha dom att göra någonting eller hjälpa dem med någonting att man säger väldigt så där kort. Att man säger det som behövs sägas och väldigt så här tydligt. Att man inte pratar snabbt och pratar en massa, för då hänger de kanske inte med"* (deltagare 2).

Deltagarna beskrev även vikten av att vara tydlig med vad man menar när man kommunicerar och att förse vårdtagarna med information. För att tydliggöra kommunikationen nämndes exempelvis användning av enkelt och konkret språk, som inte ger utrymme för missstolkning. *"Att göra det så tydligt i kommunikationen eller liksom kommunicera det så tydligt att kunden förstår det och liksom kan förbereda sig på det"* (deltagare 11).

Några deltagare tog upp att de försöker underlätta för vårdtagarna att svara på frågor, bland annat genom att presentera några få alternativ i situationer där vårdtagaren ska välja något. En deltagare uppgav sig även sträva efter att formulera sig så att vårdtagaren kan ge ett kort svar, eftersom det kan vara svårt för dem att formulera längre yttranden. ”...sådana som jag vet att behöver lite tid så då kanske jag just väljer att dela upp det eller vänta eller ställa förenkla en fråga för att det ska vara så korta svar som möjligt för dem. Så att inte de ska då heller måsta sätta all sin energi på att hitta en hel mening, när da bara kanske behöver ett ord för att jag ska förstå dem” (deltagare 7).

5 Diskussion

Syftet med den här avhandlingen var att kartlägga vårdpersonalens subjektiva upplevelser av kommunikation med vårdtagare med minnessjukdom som bor på serviceboenden. Personalens upplevelser kartlades med hjälp en semi-strukturerad intervju. Enligt resultaten har deltagarna långtgående en positiv upplevelse av kommunikationen med vårdtagarna, men det framgår även att deras roll som samtalspartner stundvis är krävande och att det finns vissa utmaningar. Resultaten antyder också att personalen har flera olika roller att fylla som samtalspartner där deras insatser, uppmärksamhet och observationer är essentiella för att samspelet ska fungera och ytterligare för att möjliggöra förverkligandet av god vård.

5.1 Kommunikationen i vardagen

I flera av deltagarnas beskrivningar framgår att den ömsesidiga kommunikationen är viktig och bland annat nämns att samtalen med vårdtagarna är en positiv faktor i arbetet och att personalen vill ge tid för samtal och social samvaro. Det framkommer också att deltagarna inser betydelsen av sin roll som samtalspartner och att de antar olika roller i samtalet enligt vårdtagarens behov. I flera av svaren framgår att deltagarna upplever sig vara skickliga på att anpassa sin roll och se vårdtagarnas individuella behov, vilket skiljer sig från resultaten från en studie av Stans, Dalemans, Witte och Beurskens (2013). De undersökte hur anhöriga och personal samt vårdtagare, som bor på långvårdsenheter och har olika typer av kommunikationssvårigheter, upplever kommunikationen sinsemellan. I motsats till resultaten i den här undersökningen framgick där att personerna i vårdtagarens omgivning upplevde att det var svårt att anpassa sin kommunikation efter vårdtagarnas behov. Den här skillnaden i resultaten kanske kan bero på att deltagarna i den här undersökningen arbetade

på serviceboenden specifikt avsedda för personer med minnessjukdomar, där förmodligen ett starkt specialkunnande om hur sjukdomen påverkar individen i sin helhet finns.

Dessutom var det många deltagare som upplevde sig känna vårdtagarna bra, eftersom de arbetat länge med samma vårdtagare på samma serviceboende, vilket också kan ha påverkat deras positiva upplevelse av förmåga att göra individuella anpassningar för vårdtagaren.

Personalen strävar efter att samtalsämnen de tar upp är av personlig relevans för vårdtagarna och att de är individuellt valda enligt vårdtagarnas intressen och bakgrund. Andra typer av samtalsämnen som ofta diskuteras är ämnen av vardaglig karaktär som aktuella händelser, väder och nyheter. Vikten av vilka samtalsämnen en samtalspartner väljer att ta upp till diskussion med vårdtagare med minnessjukdom framgick i studien av Baker med flera (2015). Personliga samtalsämnen engagerar vårdtagare mest och möjliggör att de kan bidra i konversationen, eftersom de då kan utveckla ämnet vidare och bidra med information om ämnet (Baker m.fl., 2015). Baker med flera (2015) poängterade att eftersom det främst är personalen som initierar samtalen så skulle det vara viktigt för dem att känna till vilka sorters ämnen som får vårdtagare att engagera sig i konversationer.

Att det ofta är personalen som får initiera till kommunikation är något som deltagarna i den här undersökningen upprepade gånger lyfter fram. Eftersom det verkar som att personalen i stort ansvarar för att inleda samtal med vårdtagare, skulle det vara intressant att undersöka vilka ämnen vårdtagare skulle önska samtala kring och ifall deras önskemål överensstämmer med de ämnen som personal typiskt tar upp till diskussion. En tanke som väcks är om det kan vara så att personalen också omedvetet inleder samtal som de själva har lätt för att prata om, och som de kanske sedan efteråt lätt upplever som en lyckad konversation eftersom det i många fall är de som får stå för största delen av inputen i samtalen.

Det sociala umgänget mellan personal och vårdtagare verkar i stor omfattning vara begränsat till att ske i samband med genomförandet av olika vårdåtgärder och sysslor, olika typer av aktiviteter, måltider samt kaffestunder. Det framkommer också att en del av det kommunikativa utbytet som sker långtgående är av praktisk karaktär, som exempelvis genomgång av vårdåtgärderna steg för steg. I den här studien beskrev däremot många deltagare också att de försöker ta vara på lediga och lugna stunder i vardagen för att då spontant sätta sig ner och samtala med vårdtagarna.

Att vårdåtgärderna är en av de vanligaste situationerna där det förekommer kommunikation mellan personal och vårdtagare framkom också i studien av Ward med flera (2008), där mönster i interaktionen mellan vårdtagare och personal undersöktes på serviceboenden för personer med minnessjukdomar. Resultaten från deras studie visade vidare att det endast var 23 % av interaktionerna som innehöll en social komponent där syftet med utbytet inte var relaterat till någon vårdåtgärd eller övrig uppgift som skulle utföras, vilket var fallet i den resterande delen av interaktionerna. Den sociala komponenten i kommunikationen är en aspekt som inte specifikt undersöktes i den här studien. Det hade varit intressant ifall en fråga hade inkluderats där deltagarna fått uppskatta andelen kommunikation med rent socialt syfte i relation till andelen kommunikation av mera praktisk karaktär, som deras samspel med vårdtagarna innehåller.

Flera av deltagarna lyfte explicit fram att en aktivitet vårdtagarna brukar uppskatta är samvaro kring sång och musik, och att det även kan vara ett sätt att skapa kontakt eller nå fram till vårdtagare via som inte har tillgång till så mycket verbal kommunikation längre. I samstämmighet med de här kommentarerna framgick i en studie av McDermott, Orrell och Ridder (2014) att musik ofta är viktigt och något som bevarats för personer med minnessjukdomar i de olika stadierna av sjukdomsförloppet, och att meningsfulla musikrelaterade aktiviteter kan ge tillfällen för positiv interaktion.

Trots att det framstår som att vårdtagarna har möjlighet till socialt utbyte i många av de sammanhang som deras vardag består av på serviceboendena, väcks frågan om rutinerna och de obligatoriska momenten i vardagen på ett serviceboende i stor utsträckning formar och begränsar de situationer under vilka det kommunikativa utbytet äger rum. Främst verkar förekomma socialt umgänge som sker i grupp, men några deltagare lyfte fram att de strävar efter att ta vara på situationer där de även kan samtala med vårdtagarna på tumanhand. I deltagarnas beskrivningar framgick inte att någon särskild tid finns utsatt och schemalagd i vardagen för socialt umgänge på tumanhand mellan de enskilda vårdtagarna och personalen, vilket exempelvis i en studie av Forsgren med flera (2016) framgick att är något som tillhör en del av verksamheten på somliga serviceboenden i Sverige.

5.2 Kommunikationen påverkas av många komponenter

I deltagarnas beskrivningar lyftes fram att det är många olika faktorer som påverkar kommunikationen med vårdtagarna. Goda interpersonella relationer, olika positiva resurser och mångsidig information om vårdtagaren är centrala faktorer som deltagarna upplevde

stöda kommunikationen med vårdtagarna. De beskrev även utmaningar i kommunikationen som bland annat kan uppstå till följd av att vårdtagarna har omfattande kommunikationssvårigheter.

De stödande och utmanande faktorer för kommunikationen som framgår ur deltagarnas beskrivningar stämmer långtgående väl överens med de som beskrevs i en liknande studie av Forsgren med flera (2016). I den studien undersöktes personalens upplevelser av kommunikation med personer bosatta på äldreboenden, där särskilt fokus låg på kommunikationen med de inneboende som har någon typ av kommunikationssvårigheter. Bland annat framgår vikten av goda interpersonella relationer både i den här undersökningen och i studien av Forsgren med flera (2016). Deltagarna i den här studien betonade hur viktigt det är för samspelet mellan personal och vårdtagare att man känner varandra väl, och att bra relation mellan personal och anhöriga samt sinsemellan inom personalen också har en stor betydelse för fungerande kommunikation på olika sätt. Goda relationer personalen emellan ansåg deltagarna vara värdefullt eftersom utbyte av information sinsemellan om vårdtagarna är viktigt. Vidare värderades att personalen kan stöda varandra och fundera tillsammans kring om de har svårigheter i interaktionen med någon vårdtagare.

En bra relation och tätt samarbete med de anhöriga betonades också, och särskilt personlig information om vårdtagarens livshistoria de kan bidra med om vårdtagaren lyftes fram som särskilt värdefull. Även i tidigare studier har det framgått att information om vårdtagares historia och den information som anhöriga kan förse personalen med är viktig för kommunikationen och samspelet mellan vårdtagare och personal på många sätt (Forsgren m.fl., 2016; Kellet m.fl., 2009; Richter, Roberto & Bottenberg, 1995). Deltagarna betonade över lag vikten av att ha mångsidig information om vårdtagare för att kunna förstå och kommunicera bättre med dem, samt välja relevanta samtalsämnen som vårdtagaren är intresserad av att prata om. Deltagarna berättade också om olika system, värderingar och tillgångar som kan ses som resurser som indirekt påverkar positivt på kommunikationen. Exempelvis uppskattade deltagarna att de har ett system för att samla in information om vårdtagares livsberättelse och annan viktig bakgrundsinformation alltid då en ny vårdtagare flyttar in.

Deltagarnas upplevelse kring kommunikation och socialt samspel med vårdtagare var i stort sett positiv. Det här kan ses som ett lite oväntat resultat med åtanke på tidigare

forskning (t.ex. Machiels m.fl., 2016; Wang m.fl., 2013; Ward m.fl., 2008) och det faktum att vårdtagare som bor på serviceboenden i allmänhet har en långt framskriden minnessjukdom och därför kan förväntas uppvisa kommunikationssvårigheter. Däremot bör beaktas att deltagarna inte kan räknas som ett representativt sampel på grund av att deltagarna kom från endast två olika serviceboenden. Bland deltagarna i den här studien var det många som hade arbetat länge på samma serviceboende, vilket kanske också kan ha bidragit till deltagarnas över lag positiva upplevelse av det kommunikativa samspelet med vårdtagarna. Några deltagare lyfte även explicit fram fördelarna med att det finns flera år av kommunikation mellan dem och vårdtagarna. Att personalomsättningen är låg är något som visats påverka vårdens kvalitet positivt (Kvist, Vehviläinen –Julkunen & Kinnunen, 2006), men däremot är svårigheter med att rekrytera och behålla kompetent personal inom långtidsvården ett internationellt problem (Levy-Storms, 2008; Suhonen, Charalambuos, Stolt, Katajisto & Puro, 2012). Det var överraskande att det i den här undersökningen inte framkom att kommunikationen skulle påverkas negativt i någon större grad av aspekter så som brister i personaldimensionering eller hög personalomsättning, eftersom de är negativa faktorer som ofta lyfts fram angående vården.

Deltagarna gav också bilden av att det oftast finns möjlighet och tid för samvaro med vårdtagarna i vardagen, trots att det även kom fram att det somliga dagar finns mindre tid för det och att faktorer som att grundvården är tidskrävande samt att mängden personal under skiften varierar kan göra att tiden ibland är begränsad. I resultat från tidigare studier har det framgått att det ofta är knappt med tid för umgänge med vårdtagarna, vilket delvis skiljer sig från deltagarnas upplevelser i den här studien (Forsgren m.fl., 2016; Ward m.fl., 2008). Dessa studier utfördes inte i Finland och variationer länder emellan och även serviceboenden emellan kan tänkas förekomma som kanske kan förklara dessa skillnader.

Deltagarna rapporterade att det finns många vårdtagare som har olika typer av kommunikationssvårigheter, kognitiva svårigheter och perceptuella begränsningar, som påverkar kommunikationen i varierande grad. Bland annat nämndes ofta svårigheter med att hitta ord, informationsbearbetning och nedsatt hörsel. Deltagarna upplevde ändå att det finns en del vårdtagare som inte har särskilt märkbara kommunikationssvårigheter.

De flesta deltagarna upplevde att de anpassar sin kommunikation i samspelet med vårdtagarna för att stöda kommunikationen. Främst framkom olika typer av anpassningar av den verbala kommunikationen, så som att prata med tydlig röst, ge tid, ta en sak i taget,

formulera sig enkelt, repetera. Många använde också kroppsspråk och en del använde även andra typer av multimodalt stöd samt gjorde anpassningar av miljön, exempelvis i form av att minimera bakgrundsbuller. Majoriteten av strategierna som framgick är sådana som finns omnämnda bland rekommendationer i artiklar och litteratur angående ämnet (t.ex. Bayles & Tomoeda; 2007; Johnstone Young m.fl., 2011; Lanzi m.fl., 2017; Smith m.fl., 2011; Vasse, Vernooij-Dassen, Spijker, Rikkert, & Koopmans, 2010). Det verkar som att personalen spontant hittar olika sätt för att få kommunikationen att fungera.

De flesta strategier som deltagarna beskrev framstod främst stöda vårdtagarnas språkförståelse, och inte så många strategier framgick där syftet tydligt var att stöda vårdtagarnas talproduktion eller att uttrycka sig på något annat sätt. De strategier som nämndes särskilt angående stödandet av uttrycksförmågan var att ge tid för att vänta in vårdtagarnas svar, presentera alternativ, och att möjliggöra för vårdtagaren att ge korta svar. Bland deltagarna fanns också de som inte ansåg sig använda några särskilda strategier för att stöda kommunikationen. De här resultaten kan ses som ett tecken på att mera utbildning för personalen om stödande samtalsstrategier kunde vara ändamålsenligt, i syftet att förstärka de som redan används och introducera strategier särskilt för stödandet av produktionen som ännu inte används.

Det framgick även tydligt att deltagarna använder sig av få externa hjälpmedel i kommunikationen och endast några deltagare rapporterade sporadisk användning av visuellt stöd och föremål. Deltagarna upplever över lag att de inte använder någon form av AKK som stöd för kommunikationen. Några av deltagarnas svar på frågan om AKK-användning ger bilden av att de bland annat inte känner till vad som räknas till AKK, hur det kan användas för att stöda, möjliggöra samt berika den gemensamma kommunikationen. Eftersom olika former av AKK visats vara användbara för att stöda kommunikation hos personer med minnessjukdomar (Fried-Oken m.fl., 2015) så väcker det här resultatet tanken att personal som arbetar med personer med minnessjukdom också kunde vara en grupp som borde få utbildning om AKK, så att AKK skulle kunna användas med de vårdtagare som drar nytta av det.

Över lag ger deltagarna i den här studien ett intryck av att de gör mycket för att stöda deltagarnas kommunikation, vilket skiljer sig från studien av Ward med flera (2008). Deras resultat visade på att personalens insats, som den som aktivt stöder och uppmuntrar vårdtagarens deltagande, ofta saknades i samtal mellan personal och vårdtagare med en

minnessjukdom. Till skillnad från studien av Ward med flera (2008) där interaktionerna mellan personal och vårdtagare filmades och det ytterligare genomfördes intervjuer med enstaka deltagare, så beskrev deltagarna i den här undersökningen själva sina subjektiva upplevelser av kommunikationen med vårdtagarna och på vilka sätt de stöder kommunikationen. Ward med flera (2008) kan på så vis ha fått en mera omfattande och objektiv bild av kommunikationen och de metoder personalen i praktiken använder sig av i samtal med vårdtagarna, medan den här studien begränsar sig till att beskriva hur deltagarna personligen upplever de kommunikativa situationerna. Det kan tänkas att omständigheterna kring kommunikationen som framgick i den här studien ger en för positiv bild av verkligheten, exempelvis eftersom deltagarna inte ombads ta ställning till hur ofta under ett samtal de verkligen aktivt gör något för att stöda kommunikationen med mera. Dessutom kan det faktum att deltagarna specifikt tillfrågades vilka sätt de stöder kommunikationen på istället för att de endast fritt berättade om kommunikationen, ha styrt resultaten och gjort att det kom fram mera beskrivningar kring det här ämnet.

Det har i flera enskilda studier undersökts ifall kunskap om användbara kommunikationsstrategier i samspelet med personer med minnessjukdomar ökar hos personal och anhöriga, i och med att de får utbildning på området och resultaten har varit positiva (Franzmann, J., Haberstroh, J., & Pantel, J., 2016; Liddle m.fl., 2011; Naughton m.fl., 2018). Exempelvis konkluderade Vasse m.fl. (2010) i en översiktsstudie att det finns resultat från undersökningar som tyder på att intervention för personal, som går ut på att de lär sig implementera olika kommunikativa strategier i samband med vårdåtgärder, kan ha positiv inverkan både på personalens och vårdtagarnas verbala och icke- verbala kommunikation.

Deltagarna i den här undersökningen nämnde inte spontant att någon typ av utbildning de fått var något de ansåg vara en resurs i kommunikationen med vårdtagarna. Några deltagare lyfte däremot indirekt upp att kunskap om minnessjukdomar är viktigt och hjälpsamt i arbetet. Över lag hade deltagarna bara fått lite eller ingen utbildning under yrkesutbildningen om att stöda personer med minnessjukdomar eller andra kommunikationssvårigheter i kommunikationen. Det här kom fram både i bakgrundsinformationsblanketten och i intervjuerna. Få av deltagarna hade deltagit i någon annan utbildning eller kurs där kommunikation med personer med minnessjukdom eller kommunikationssvårigheter hade behandlats. Det här stämmer överens med resultaten från en undersökning av Scerri och Scerri (2013) där det framgick att utbildningen för blivande

professionella inom hälso- och sjukvården har brister angående att förbereda dem inför möten med personer med olika typer av kommunikationssvårigheter.

Deltagarna i den här undersökningen tillfrågades uttryckligen om de önskar mera utbildning angående att stöda kommunikationen i samtal med vårdtagare med minnessjukdomar. Nästan alla deltagare var intresserade av eller upplevde behov av att lära sig mera om ämnet, bland annat framfördes önskemål om att få lära sig mera om att stöda kommunikationen hos vårdtagare med mera omfattande kommunikationssvårigheter, samt att använda non-verbal kommunikation och AKK. Flera av deltagarna nämnde att arbetsgivarens inställning till att gå på kurser och fortbildningar är positiv och uppmuntrande. I flera studier har uppmärksamats att det finns ett behov av att utveckla utbildning för studerande och personal inom hälsovården, som skulle ge dem en gemensam grund att stå på för att utveckla en fungerande kommunikation och förstå de särskilda behoven i vården av personer med minnessjukdomar (Johnstone Young m.fl., 2011; Naughton m.fl., 2018; Stans m.fl. 2013).

Resultaten väcker en tanke om att talterapeuter i Finland kunde behövas som utbildare av personal som arbetar med personer med minnessjukdomar, för att stärka och utvidga kunskap om att stöda kommunikation med vårdtagare. I Finland finns det ännu inga officiella riktlinjer eller bestämd praxis för talterapi för personer med minnessjukdomar (Pekkala, 2017). I en kartläggande pilotundersökning om hur talterapiservice för personer med minnessjukdomar ser ut i Finland framkom det att talterapeutens roll i vårdkedjan för personer med minnessjukdom är i ett tidigt skede av sin utformning (Kohonen, 2014).

5.3 Begränsningar med undersökningen och förslag på fortsatt forskning

En begränsning med undersökningen är att deltagarna inte kan antas utgöra ett representativt sampel eftersom de rekryterades från endast två olika serviceboenden, dessutom hade serviceboendena valts enligt bekvämlighetsurval. Vidare var det endast svenskspråkiga serviceboenden som inkluderades, vilket även kan ha påverkat resultaten. Samplet begränsades också av att endast serviceboenden avsedda särskilt för vårdtagare med minnessjukdom kontaktades, trots att personer med minnessjukdomar även bor på serviceboenden som inte har specifika enheter för personer med minnessjukdomar. Det kan därför tänkas att den personal som intervjuades har ett stort kunnande om och intresse specifikt för arbetet med vårdtagare med minnessjukdomar, som kanske kan ha påverkat positivt på den upplevelse de har av kommunikation med vårdtagare.

Deltagarna som intervjuades hade alla personlig kontakt med vårdtagare i arbetet, men det framgick under intervjuerna att somliga deltagare hade arbetsbilder som skiljde sig en del från varandra. Det här påverkade i sin tur hur mycket de var i kontakt med vårdtagarna, exempelvis kunde administrativa uppgifter, kontakten med anhöriga och andra viktiga samarbetspartners ta upp en stor del av arbetstiden. Alla deltagare hade inte heller samma yrkesbeteckning eller utbildningsbakgrund. Det här kan ha påverkat deras beskrivningar av samspelet, särskilt hos de som uppgav att de hade mindre tid för samvaro med vårdtagarna under sina arbetsdagar.

Angående intervjufrågorna som användes så kunde de ha varit mera öppna till sin karaktär och mindre specifika, för att undvika att svaren i stor utsträckning begränsades och styrdes av frågorna. Det här skulle även ha gjort att råmaterialet hade lämpat sig bättre för användning av kvalitativ innehållsanalys som analysmetod. Dessutom hade det varit fördelaktigt att närmare specificera och begränsa undersökningens syfte, för att få en mera kärnfylld analys. Vidare är en betydande begränsning med studien att alla delar av arbetet utfördes av en och samma person, trots att kvalitativa analyser med fördel utförs i samarbete med flera andra forskare (Patton, 1999). Om analysen hade gjorts av flera personer kunde materialet ha diskuterats forskare emellan och konsensus kunde på det sättet ha nåtts kring teman, kategorier med mera som framgår ur materialet, vilket hade gjort det lättare att bedöma resultatens validitet och reliabilitet (Patton, 1999).

Slutsatser utgående från resultaten bör dras med försiktighet på grund av begränsningarna i undersökningen, och vidare studier behövs inom området för att få en mera omfattande bild av situationen. Det skulle vara viktigt att i större omfattning nå personal som arbetar med personer med minnessjukdomar i Finland och kartlägga deras upplevelser av kommunikation med vårdtagare och eventuellt behov av insatser i form av utbildning angående att stöda kommunikationen. Det skulle även vara intressant att undersöka hur vårdtagarna upplever kommunikation med personal, för att få en bild av om kommunikationen uppfattas likadant av båda parter eller skiljer sig från varandra. En annan viktig aspekt att undersöka i framtiden skulle vara vilka typer av insatser och strategier som stöder personer med minnessjukdomar mest effektivt i kommunikationen i de olika skedena av sjukdomen och beroende på typ av minnessjukdom.

5.4 Sammanfattning och slutsatser

Personalen upplever att samspelet med vårdtagarna över lag är fungerande och att tillfällen för interaktion finns, särskilt i samband med vårdåtgärder. De strävar också efter att göra samtalsämnena personliga och anpassa dem enligt vårdtagarens intressen. Personalen upplever att kommunikationen kan påverkas positivt av många faktorer, men att det även finns faktorer som kan göra kommunikationen utmanande. De försöker på flera olika sätt stöda kommunikationen och de strategier personalen beskriver använda sig av ofta framstår främst vara anpassningar av det verbala budskapet som stöd för vårdtagarnas förståelse. Övriga stödande strategier för kommunikationen som ofta används är bland annat användning av kroppsspråk och att ge tid. Trots att personalen redan spontant använder många rekommenderade strategier tycks det finnas utrymme för mera utbildning för personalen om strategier, anpassningar och AKK för att stöda kommunikationen, särskilt i personalens förmåga att stöda vårdtagarnas möjligheter till att uttrycka sig. Personalens över lag positiva inställning till att få lära sig mera om ämnet tyder på att det är en typ av utbildning de gärna skulle delta i.

Referenser

- Alzheimer Centralförbundets publikationer 5/2018. Kriterier för god vård: Hanbok för yrkespersonal i utveckling och utvärdering av god vård och livskvalitet för personer med minnessjukdom. Helsingfors: Alzheimer Centralförbundet.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (femte upplagan) Washington, DC: Author.
- Bayles, K., & Tomoeda, C. (2007). *Cognitive- communication disorders of dementia*. San Diego: Plural Publishing.
- Bayles, K., & Tomoeda, C. (2014). *Cognitive-communication disorders of dementia: definition, diagnosis, and treatment*. San Diego: Plural Publishing.
- Baker, R., Angus, D., Smith-Conway, E. R., Baker, K. S., Gallois, C., ... & Chenery H. J. (2015). Visualising conversations between care home staff and residents with dementia. *Ageing & Society*, 35, 270 – 297.
- Beukelman, D., Fager, S., Ball, L., & Dietz A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23, 230 – 242.
- Bourgeois, M., Dijkstra, K., Burgio, L., & Allen-Burge, R. (2001). Memory Aids as an Augmentative and Alternative Communication Strategy for Nursing Home Residents with Dementia. *AAC Augmentative and Alternative Communication*, 17, 196-210.
- Bourgeois, M., & Hickey, E. (2009). *Dementia: From diagnosis to management – A functional approach*. New York: Taylor & Francis.
- Creer, S., Enderby, P., Judge, S., & John, A. (2016). Prevalence of people who could benefit from augmentative and alternative communication (AAC) in the UK: determining the need. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 6, 639 – 653.
- Downs, M., & Collins, L. (2015). Person-centred communication in dementia care. *Nursing Standard*, 30, 37 – 41.
- Egan, M., Berube, D., Racine, G., Leonard, C., & Rochon, E. (2010). Methods to enhance verbal communication between individuals with Alzheimer's disease and their formal and informal caregivers: A systematic review. *International Journal of Alzheimer's Disease*, doi:10.4061/2010/906818.
- Eggenberger, E., Heimerl, K., & Bennett, M. (2013). Communication skills training in dementia care: a systematic review of effectiveness, training content, and didactic methods in different care settings. *International Psychogeriatrics*, 25, 345 – 358.
- Erlingsson, C., & Brysiewicz, P. (2017). A hands-on guide to doing content analysis. *African Journal of Emergency Medicine*, 7, 93– 99.
- Finlex. (2012). *Lag om stödjande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre*. Hämtad 25.5.2019, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2012/20120980>

Finlex. (2014). *Socialvårdslog*. Hämtad 25.5.2019, från <https://www.finlex.fi/sv/laki/ajantasa/2014/20141301>

FN. (2016). *Allmän förklaring om de mänskliga rättigheterna*. Hämtad 15.4.2019, från <https://fn.se/wp-content/uploads/2016/07/Allmanforklaringomdemanskligarattigheterna.pdf>

Forsgren, E. (2017). *Person-centred care and communication disorders- Exploration and facilitation of conversational interaction involving people with acquired neurogenic communication disorders and health care providers*. Doktorsavhandling, Göteborg: Göteborgs Universitet.

Forsgren, E., Skott, C., Hartelius, L., & Saldert, C. (2016). Communicative barriers and resources in nursing homes from the enrolled nurses' perspective: A qualitative interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 54, 112 – 121.

Franzmann, J., Haberstroh, J., & Pantel, J. (2016). Train the trainer in dementia care: A program to foster communication skills in nursing home staff caring for dementia patients. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 49, 209 – 215.

Fried-Oken, M., Mooney, A., & Peters, B. (2015). Supporting communication for people with neurodegenerative disease. *NeuroRehabilitation*, 37, 69 – 87.

Hsieh, H-F., & Shannon, S. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15, (9), 1277 – 1288.

infoFinland.fi. (u.å.). Hämtad 2.6.2019, från <https://www.infofinland.fi/sv/livet-i-finland/boende/stod-och-serviceboende>

Institutet för hälsa och välfärd. (20.11.2017). *Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2016*. Hämtad 4.10.2018, från <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/sosiaalihuollon-laitos-ja-asumispalvelut>

Johnstone Young, T., Manthorp, C., Howells, D., & Tullos, E. (2011). Developing a carer communication intervention to support personhood and quality of life in dementia. *Ageing & Society* 31, 1003 – 1025.

Juva, K., Sulkava, R., Erkinjuntti, T., Valvanne, J., & Tilvis, R. (1992). The demented elderly in the city of Helsinki: Functional capacity and placement. *Journal of the American geriatrics society*, 40, 1146 – 1150.

Kellett, U., Moyle, W., McAllister, M., King, C., & Gallagher, F. (2009). Life stories and biography: a means of connecting family and staff to people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1707 – 1715.

Killick, J., & Allan, K. (2001). *Communication and the care of people with dementia*. Buckingham: Open University Press.

Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered: The person comes first*. Bristol: Open University Press.

Kohonen, J. (2014). *Muistisairaiden ihmisten puheterapiapalvelut Suomessa (Logopedian pro gradu- tutkielma)*. Helsingfors universitet, fakulteten för beteendevetenskaper. Hämtad

25.9.2018, från http://papunet.net/sites/papunet.net/files/tietoa/Opinnaytteet/gradu_johanna_kohonen2_0.pdf

Kvist, T., Vehviläinen - Julkunen, K. & Kinnunen, J. (2006) Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18, 107 – 119.

Käypähoito. (2016). *Hyvä ympärivuorokautinen hoito*. Hämtad 2.6.2019, från <https://www.kaypahoito.fi/nix01676>

Käypähoito. (27.1.2017). *Muistisairaudet*. Hämtad 1.4.2018, från <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=4BEEAB6952A27DC6C27C4CE61F37BDBE?id=hoi50044>

Lanzi, A., Burshnic, V., & Bourgeois, M. (2017). Person-centered memory and communication strategies for adults with dementia. *Topics in Language Disorders*, 37, 361 – 374.

Levy-Storms, L. (2008). In a Manner of Speaking: Communication Between Nurse Aides and Older Adults in Long-Term Care Settings. *Health Communication*, 22, 59 – 67.

Liddle, J., Smith-Conway, E., Baker, R., Angwin, A., Gallois, C., ... & Chenery, H. (2011). Memory and communication support strategies in dementia: Effect of a training program for informal caregivers. *International Psychogeriatrics*, 24, 1927 – 1942.

Lindholm, C. (2010). *När orden fattas oss: om demens, språk och kommunikation*. Solna: Liber.

Lundman, B., & Hällgren Graneheim, U. (2017). Kvalitativ Innehållsanalys. I B. Höglund Nielsen & M. Granskär (red.), *Tillämpad forskning inom hälso- och sjukvård* (s. 219 – 234). Studentlitteratur: Lund.

Graneheim, U., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105 – 112.

Maxim, J. & Bryan, K. (2006). Language communication and cognition in the dementias. I K. Bryan & J. Maxim (red.), *Communication disability in the dementias* (s. 73 – 124). Whurr Publishers : West Sussex, England.

Machiels, M., Metzelthin, S., Hamers, J., & Zwakhalen, S. (2017). Interventions to improve communication between people with dementia and nursing staff during daily nursing care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies* 66, 37 – 46.

McDermott, O., Orrell, M., & Ridder, H. M. (2014). The importance of music for people with dementia: the perspectives of people with dementia, family carers, staff and music therapists. *Aging & Mental Health*, 18, 706 – 716.

- Naughton, C., Beard, C., Tzouvara, V., Pegram, A., Verity, R., ... & Hingley, D. (2018). A dementia communication training intervention based on the VERA framework for pre-registration nurses: Part I developing and testing an implementation strategy. *Nurse Education Today*, 63, 94 – 100.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health services research*, 34, 1189 – 1208.
- Pekkala, S. (2017). Muistisairaiden ihmisten kielen ja kommunikaation kuntoutus. I A. Klippi, A-M Korpijaakko- Huuhka, M. Lehtihalmes & P. Rautakoski (red.), *Afasia* (s. 303 – 312). Gaudeamus.
- Potkins, D., Myint, P., Bannister, C., Tadros, G., Chithramohan, R., Swann, A., ... & Margallo-Lana, M. (2003). Language impairment in dementia: impact on symptoms and care needs in residential homes. *International Journal of geriatric psychiatry*, 18, 1002 – 1006.
- Richter, J. M., Roberto, K. A., & Bottenberg, D. J. (1995). Communicating with persons with Alzheimer's disease: Experiences of family and Formal Caregivers. *Archives of Psychaitric Nursing*, 5, 279 – 285.
- Savundranayagam, M., Sibaliya, J., & Scotchmer, E. (2016). Resident reactions to person centered communication by long-term care staff. *American Journal for Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 31, 530 – 537.
- Scerri, A., & Scerri, C. (2013). Nursing student's knowledge and attitudes towards dementia – A questionnaire survey. *Nurse Education Today*, 33, 962 – 968.
- Smith, E., Broughton, M., Baker, R., Pachana, N., Angwin, A., Humphreys, M., ... & Chenery, H. (2011). Memory and communication support in dementia: research-based strategies for caregivers. *International Psychogeriatrics*, 23, 256 – 263.
- Stans, S., Dalemans, R., de Witte, L., & Beurskens, A. (2013). Challenges in the communication between 'communication vulnerable' people and their social environment: An exploratory qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 92, 302 – 312.
- Suhonen, R., Charalambous, A., Stolt, M., Katajisto, J., & Puro, M. (2012). Caregivers' work satisfaction and individualised care in care settings for older people. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 479 – 490.
- Taler, V., & Phillips, N. A. (2008). Language performance in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment: A comparative review. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 30, 501 – 556.
- Tallberg, I-M. (2010). Språkstörningar vid demenssjukdomar. I L. Hartelius, U. Nettelbladt & B. Hammarberg (red.), *Logopedi* (s. 225 – 233). Lund: Studentlitteratur.
- Tehy. (u.å). Hämtad 18.8.2019, från <https://www.tehy.fi/sv/arbetslivsguiden/arbetarskydd/personaldimensionering-inom-aldrevarden>

Vasse, E., Vernooij-Dassen, M., Spijker, A., Rikkert, M., & Koopmans, R. (2010). A systematic review of communication strategies for people with dementia in residential and nursing homes. *International Psychogeriatrics*, 22, 189 – 200.

Wang, J-J., Hsieh, P-F., & Wang, C-J. (2013). Long-term Care Nurses' Communication Difficulties with People Living with Dementia in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 7, 99 – 103.

Ward, R., Vass, A., Aggarwal, N., Garfield, C., & Cybyk, B. (2008). A different story: exploring patterns of communication in residential dementia care. *Ageing & Society*, 28, 629–651.

World Health Organisation (WHO). (2001). International classification of functioning, disability and health. Hämtad 28.9.2018, från <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42407/9241545429.pdf?sequence=1>

World Health Organisation (WHO). (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*. Hämtad 5.8.2019, från <https://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

Bilaga A

Intervjufrågor

1. Är social samvaro och att samtala med vårdtagarna något du har möjlighet att prioritera under en arbetsdag?
2. Finns det vissa situationer och sammanhang under dagen där det uppstår mest samtal och social samvaro med vårdtagarna?
(Följdfråga: Om ja, vilka situationer och sammanhang?)
3. Vilka ämnen och teman handlar samtalen och den sociala interaktionen med vårdtagarna om?
4. Hur uppfattar du din roll som samtalspartner i kommunikationen med vårdtagarna med minnessjukdom?
5. Upplever du att vårdtagarna har möjlighet att initiera samtal med personalen om sina behov, önskemål och ämnen de är intresserade av?
6. Vilka aspekter av det sociala samspelet och kommunikationen sker smidigt och lätt mellan dig och vårdtagaren?
7. Hurdan information om en vårdtagare hjälper dig att skapa lyckade kommunikativa situationer och samtal med honom/henne?
(Följdfråga: Finns det någon information om varje enskild vårdtagares kommunikativa färdigheter och behov av stöd för upprätthållande av social interaktion, exempelvis i form av en ”kommunikationsplan” inkluderad i vårdplanen för varje enskild vårdtagare, där det beskrivs hur man bäst kommunicerar med honom/henne?)
8. Hurdana kommunikationssvårigheter har vårdtagarna?
(Följdfråga: Vad tänker du, vad beror svårigheterna på?)
9. Hur anpassar du din egen kommunikation och vilka stödjande samtalsstrategier använder du för att främja vårdtagarnas förståelse, samt möjligheter att uttrycka sig och sina önskemål? (Exempel på anpassningar och strategier är bland annat att ge personen tillräckligt med tid för att reagera, hålla sig till ett tema i gången, att tala om det som sker här och nu och att uttrycka budskapet via flera modaliteter)
10. Används någon form av alternativ och kompletterande kommunikation (T.ex. bilder och kommunikationshjälpmedel) som stöd för kommunikationen tillsammans med vårdtagarna/någon av vårdtagarna på boendet?

(Följdfrågor: Om AKK används, hur används den? I vilka situationer? Med vem?
Har personalen utbildning i AKK?)

11. Uppstår det kommunikativa sammanbrott i det sociala samspelet mellan dig och vårdtagaren som du upplever vara svåra att lösa?
12. Har det organiserats någon separat utbildning för personalen på din arbetsplats angående att kommunicera med personer med minnessjukdomar eller personer med kommunikationssvårigheter?

(Följdfråga 1: Om ja, hur upplever du att utbildningen/fortbildningen du fått påverkat ditt sätt att kommunicera?

Följdfråga 2: Övrig utbildning på området? Fortbildning/kunskaper från yrkesutbildningen?)

13. Upplever du att du skulle behöva mera utbildning i hur man stödjer kommunikationen hos personer med minnesjukdomar?

(Följdfråga: Hurdan utbildning skulle du önska?)

Bilaga B**Bakgrundsinformationsblankett för undersökningen "Hur upplever personalen kommunikationen med vårdtagarna på boenden för personer med minnessjukdomar?"**

Tack för att du tar dig tid att delta i undersökningen!

Var vänlig och fyll i formuläret med bakgrundsuppgifter genom att ringa in det alternativ som stämmer bäst överens, eller specificera skriftligen.

BAKGRUNDSINFORMATION

1. Ålder _____

2. Kön

A. Kvinna

B. Man

C. Annan

3. Utbildning

A. Folkskola, mellanskola, grundskola

B. Yrkesinstitut

C. Yrkesskola

D. Gymnasium

E. Yrkeshögskola

F. Universitet

G. Annan, vad? _____

4. Examensår _____

5. Yrke

A. Primärskötare, hjälpskötare

B. Närvårdare

C. Sjukskötare

D. Studerande: Vad studerar du? _____

E. Annat, vad? _____

6. Yrkesbeteckning i det nuvarande arbetet

- A. Primärskötare, hjälpskötare
- B. Närvårdare
- C. Sjukskötare
- D. Studerande: Vad studerar du till? _____
- E. Annat, vad? _____
- F. Ingen yrkesbeteckning som motsvarar innehållet av det nuvarande arbetet, vad? _____

7. Hur länge har du arbetat på det här boendet? _____**8. Hur många års erfarenhet av att arbeta med personer med minnessjukdom har du? _____****9. Innehöll yrkesutbildningen någon undervisning om hur man kommunicerar med personer med minnessjukdomar eller personer med olika former av kommunikationssvårigheter?**

- A. Ja
- B. Nej

Om ja, beskriv gärna utbildningen:



Jag har läst informationsblanketten om undersökningen "Hur upplever personalen kommunikationen med vårdtagarna på boenden för personer med minnessjukdomar?" och ger mitt medgivande att delta i undersökningen.

Linnéa Lindholm

PRESSMEDDELANDE

Personal önskar mera utbildning i att kunna stöda kommunikation med vårdtagare på serviceboenden för personer med minnessjukdomar

Pro gradu-avhandling i logopedi

Fakulteten för humaniora, psykologi och teologi, Åbo Akademi

I en pro gradu-avhandling vid Åbo Akademi har Linnéa Lindholm kartlagt personalens upplevelser av kommunikation med vårdtagare på serviceboenden för personer med minnessjukdomar. Resultaten indikerar att trots att personalen redan gör mycket för att uppnå en fungerande kommunikation med vårdtagarna så upplever de ändå att de gärna skulle vilja lära sig mera och skulle behöva mera information om hur de kan stöda kommunikationen. De flesta deltagarna uppger att informationen de fått om ämnet i sin yrkesutbildning varit knapp. Från resultaten framgår vidare att samspelet med vårdtagarna över lag fungerar bra och att tillfällen för social interaktion finns, men att de mest förekommer i samband med situationer som vårdåtgärder, måltider och aktiviteter.

Enligt Lindholm indikerar resultaten att talterapeuter kunde delta i utbildning av personal som arbetar med personer med minnessjukdomar, för att stärka och utvidga deras kunskap i att stöda vårdtagares kommunikation.

Studiens sampel bestod av 14 deltagare som arbetar på svenskspråkiga serviceboenden för personer med minnessjukdomar i Finland. Data samlades in med hjälp av personliga semi-strukturerade intervjuer och deltagarna fyllde också i ett bakgrundsinformationsformulär.

Ytterligare information fås av:

Linnéa Lindholm

Logopedi/Åbo Akademi

0405486758

linnea.lindholm@abo.fi

Pirkko Rautakoski

Akademilektor i logopedi

Logopedi/Åbo Akademi

+358 469216748

pirkko.rautakoski@abo.fi